

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



“Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014”

Trabajo de Investigación presentado por:

HAROLD NEPTALI PEREZ ZEA

Para Obtener el Título Profesional de:

Médico Cirujano

AREQUIPA – PERÚ

2014

DEDICATORIAS

Agradezco a Nuestro Padre Celestial y a nuestro señor Jesucristo, por darme la fuerza necesaria para lograr mi realización personal y espiritual, por ser mi luz en el camino y mi fortaleza para superar desafíos.

Con todo mi cariño y mi amor para mi madre Victoria, a mi padre que está en el cielo Javier y mi hermano Renzo a ellos que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para tí, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado, Stephanie.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada una de estas páginas de mi tesis.

EPIGRAFE

Sólo el que sabe es libre, y más libre el que más sabe... Sólo la cultura da libertad... No proclaméis la libertad de volar, sino dad alas; no la de pensar, sino dad pensamiento. La libertad que hay que dar al pueblo es la cultura

Miguel de Unamuno



INDICE GENERAL

RESUMEN.....	V
ABSTRAC.....	vi
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: MATERIAL Y METODOS.....	2
CAPITULO II: RESULTADOS.....	7
CAPITULO III: DISCUSION Y COMENTARIOS.....	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	46
ANEXOS.....	50
Anexo 1: Ficha de Recolección de datos.....	51
Anexo 2: Cuestionario de salud del paciente (PHQ).....	52
Anexo 3: Proyecto de Investigación.....	56

RESUMEN

Los problemas de salud mental en pacientes geriátricos, se han incrementado en los últimos tiempos debido al crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años a más. El objetivo de este estudio fue: Determinar los factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa, 2014.

El presente es un estudio de investigación de campo, de corte transversal y descriptivo; la técnica empleada fue la recopilación y recolección de la información, observación directa del instrumento y revisión de historias clínicas, el instrumento empleado fue el PHQ (Patient Health Questionnaire), obteniéndose como resultados: Que la mayoría de la población estuvo constituida por pacientes entre 60 a 63 años, de sexo femenino, de nivel secundario y superior, procedentes de Arequipa, viudos o casados, que reciben pensión mínima y no trabajan, en ellos se encontró alta frecuencia de síntomas somáticos, depresivos y en pequeño porcentaje de síntomas de ansiedad general; Además se evidencio que hay mayor acceso a los servicios de medicina, con predominio de síntomas somáticos, depresivos y presencia de ataques de pánico. Por lo tanto concluimos que existe una relación entre síntomas, somáticos depresivos y síntomas de ansiedad general en pacientes con la edad entre 60 a 63 años, de sexo femenino, de nivel secundario y superior, procedentes de Arequipa, viudos o casados, que reciben pensión mínima y no trabajan.

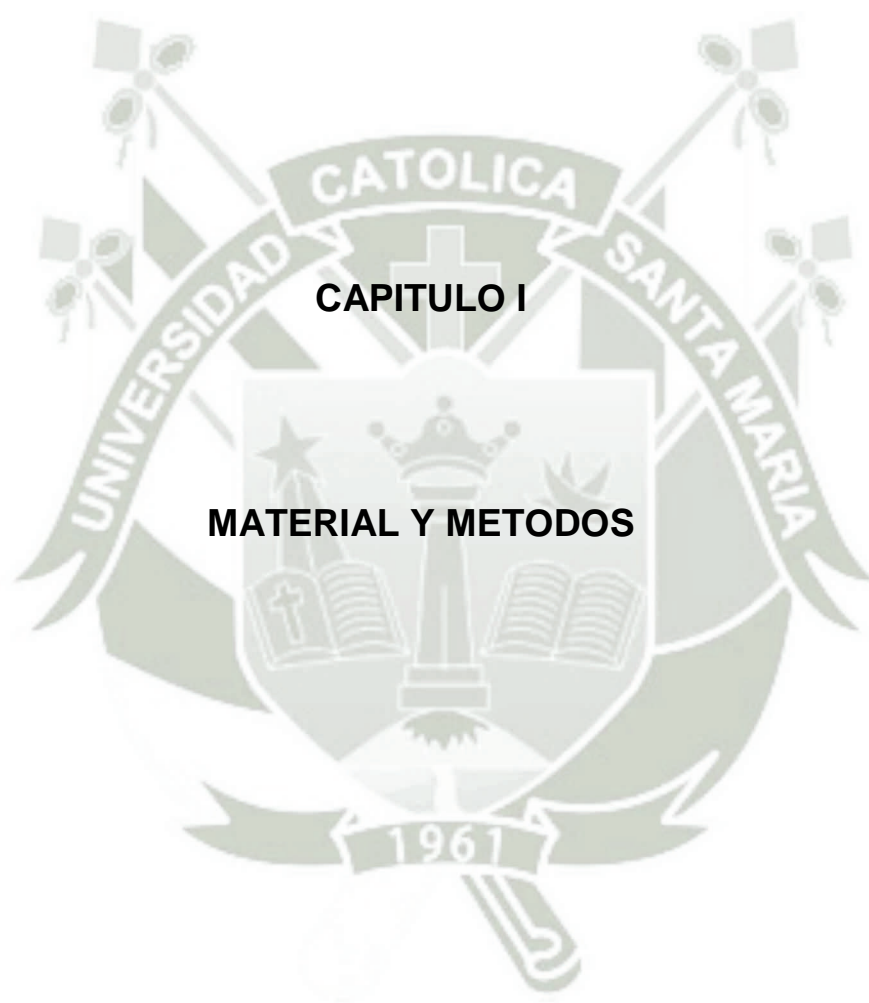
ABSTRACT

The mental health problems in geriatric patients, have increased in recent times due to the rapid growth of the adult population over 60 years. The objective of this study was: To determine the factors associated with mental health status in elderly patients attending medical services and surgery of Hospital Goyeneche Arequipa, 2014.

This is a research of field of cut transversal and descriptive; The technique used was the collection and gathering of information, direct observation of the instrument and review of medical records, the instrument used was the PHQ (Patient Health Questionnaire), obtaining itself the following results: The majority of the population consisted of patients aged 60 to 63 years old, female, secondary level and superior, from Arequipa, widowed or married, who receive minimum pension and do not work in these high frequency of somatic and depressive symptoms in a small percentage of general anxiety symptoms was found; Also was evident that there is greater access to health services, predominantly somatic, depressive and panic attacks presence of symptoms. Therefore we conclude that there is a relationship between symptoms, depressive and somatic symptoms of general anxiety in patients with age between 60-63 years old, female, secondary and tertiary levels, from Arequipa, widowed or married, who receive minimum pension and do not work.

INTRODUCCION

Con la edad, las funciones cognitivas pueden mantenerse estables o declinar. En general, las funciones cognitivas que se mantienen estables incluyen el período de atención, las destrezas de comunicación cotidianas, muchas destrezas de lenguaje (p. ej., la sintaxis), la capacidad para comprender el discurso y la percepción visual simple. El vocabulario puede incluso mejorar en personas en su novena década de vida. Las funciones cognitivas que declinan incluyen la atención selectiva, la denominación de objetos, la fluidez verbal, las destrezas complejas y el análisis lógico. El aprendizaje de nuevas tareas complejas y de lenguas extranjeras se hace más difícil con la edad. Los cambios en la memoria relacionados con la edad varían según el tipo de función de la memoria; la capacidad para adquirir, almacenar y recuperar nuevos recuerdos puede estar reducida, mientras que la capacidad para recuperar los recuerdos que se han almacenado y consolidado durante largos períodos se mantiene estable, el menor rendimiento de la memoria puede mejorarse mediante estrategias de adaptación. El impacto de los problemas de salud mental en diferentes áreas de funcionamiento ha sido ampliamente documentado en la literatura, como lo indican las asociaciones encontradas entre mayores índices de desempleo y dependencia financiera en personas con ansiedad que en personas sin ese diagnóstico, o la correlación negativa identificada entre la gravedad de la depresión y los puntajes en las cuatro dimensiones de la calidad de vida: física, psicológica, de relaciones sociales y ambiente. Dentro de este contexto se puede emplear instrumentos breves de evaluación, tanto cuestionarios como entrevistas estructuradas por parte de los profesionales de la salud en atención primaria, que permitan la detección temprana de problemas de salud mental en la población geriátrica. Siendo esta mi motivación personal para realizar la presente investigación.



CAPITULO I

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

La técnica: mediante la recopilación y recolección de la información, observación directa del instrumento y en las historias clínicas

El instrumento: *El instrumento* PHQ (Patient Health questionnaire)

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial: La información para la elaboración del presente estudio se realizó en los servicios de medicina y cirugía, del Hospital Goyeneche

2.2. Ubicación temporal: El presente trabajo se llevó a cabo durante el mes de noviembre y diciembre del 2014.

2.3. Unidades de estudio: Pacientes de 60 a más años.

2.4. Universo o población: Pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa

2.5. Muestra: Se tomó por conveniencia una muestra de pacientes durante 2 meses la cual fue de 90 en total.

Criterios de selección:

• Criterios de inclusión:

- Pacientes de 60 a más años de ambos sexos
- Historias clínicas completa
- Firma de consentimiento informado
- Deseo de intervenir en el estudio

• Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas
- No firma del consentimiento informado
- Pacientes con alteraciones o en tratamiento psiquiátrico

3. TIPO DE INVESTIGACION: Es un estudio de investigación de campo y de corte transversal.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Organización:

- ◆ Autorización del Director del Hospital y los respectivos jefes de cada servicio.
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.

4.2. Recursos:

- ◆ De personal: El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.
- ◆ Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- ◆ Historias clínicas: proporcionadas por personal que labora en cada servicio.
- ◆ Económicos: aportados íntegramente por el autor

4.3. Validación de instrumentos

En 1994, Spitzer y sus colaboradores desarrollaron una entrevista estructurada para detectar problemas psiquiátricos en atención primaria (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders [PRIME-MD]*), con el fin de disminuir el tiempo de administración, con base en el PRIME-MD, Spitzer y sus colaboradores desarrollaron una medida de autoinforme el Cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire [PHQ]*), la utilización de la versión en español del PHQ (Patient Health Questionnaire) tiene diversas ventajas. Fue desarrollada fundamentalmente para su uso en atención primaria en salud (APS) donde se requiere efectuar diagnósticos rápidos sin perder la efectividad. El estudio inicial de validación del PHQ se realizó con una muestra de 3000 participantes y demostró adecuados índices de sensibilidad (75 %) y de especificidad (90 %). Posteriormente, se realizó un estudio con el objeto de evaluar la validez del PHQ en español, con 1003 pacientes hospitalizados en España seleccionados al azar durante un periodo de dieciocho meses. De forma similar a la investigación con el instrumento original, la versión española mostró adecuada sensibilidad (87 %) y especificidad (88 %). (32)

La validación de la versión peruana del phq-9 para el diagnóstico de depresión se realizó en el año 2012, esta validación se realizó en una reunión técnica con la presencia de especialistas en salud mental, incluyendo 23 psiquiatras, 3 psicólogos y una enfermera; la conclusión fue que el PHQ-9 es un instrumento válido para diagnosticar depresión, a juicio de los expertos, para ser aplicado en el Perú. (31)

4.4. Criterios o estrategias para manejar resultados:

a) Plan de Procesamiento:

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2013).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de los datos.

d) Plan de Recuento:

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de Análisis:

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentaron como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el método estadístico SPSS 19.0.



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 1

PACIENTES SEGUN GRUPOS DE EDAD

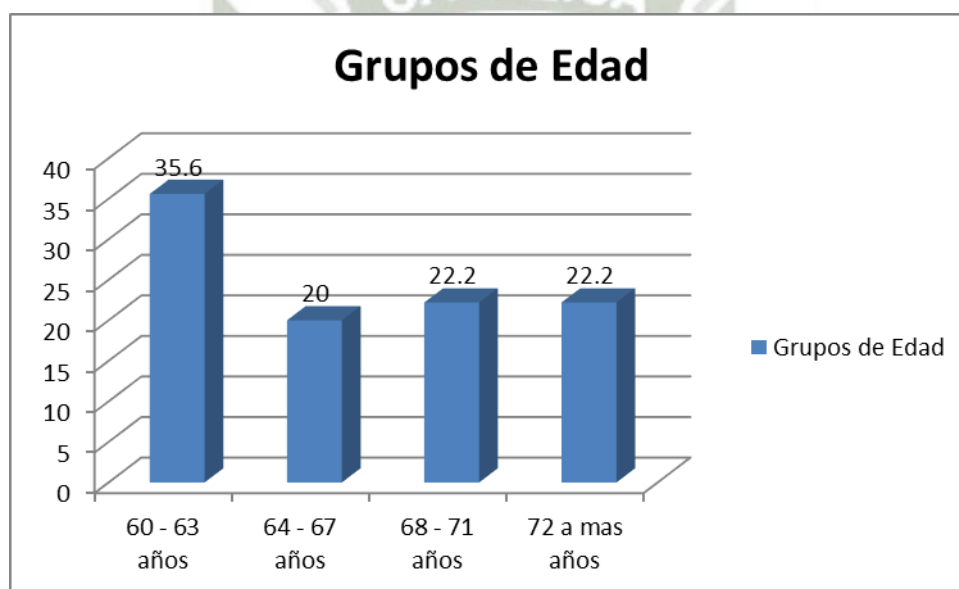
Grupos de Edad	Total	
	No	%
Total :	90	100.0
60 - 63 años	32	35.6
64 - 67 años	18	20.0
68 - 71 años	20	22.2
72 a mas años	20	22.2

En la Tabla N° 1 se muestra la población según grupo etario, donde la edad predominante fue entre 60 a 63 años, con el 35.6%.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 1

PACIENTES SEGUN GRUPOS DE EDAD



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 2

PACIENTES SEGUN SEXO

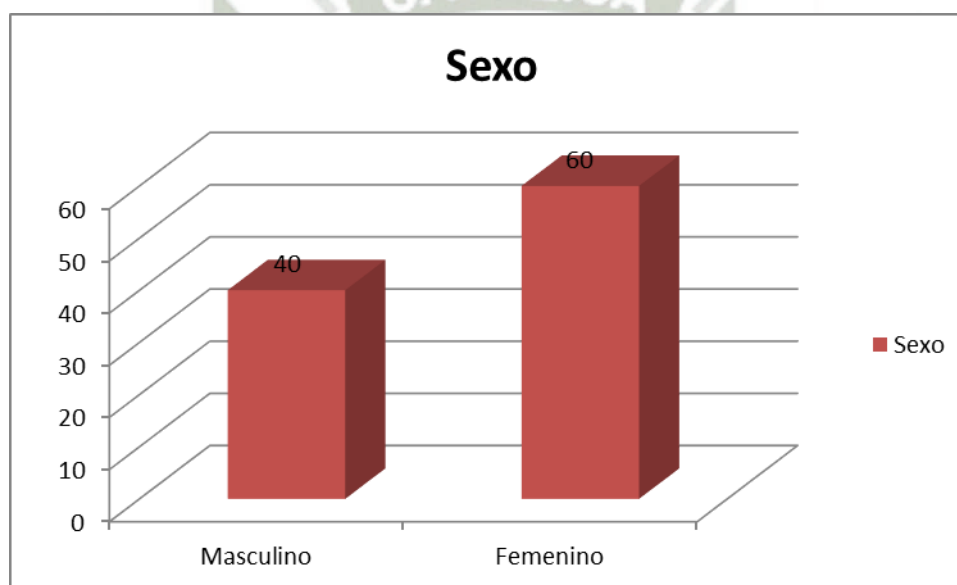
Sexo	Total	
	No	%
Total :	90	100.0
Masculino	36	40.00
Femenino	54	60.00

En la Tabla N° 2 se muestra la población según sexo, donde hubo predominio de la población femenina.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 2

PACIENTES SEGUN SEXO



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 3

PACIENTES SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION

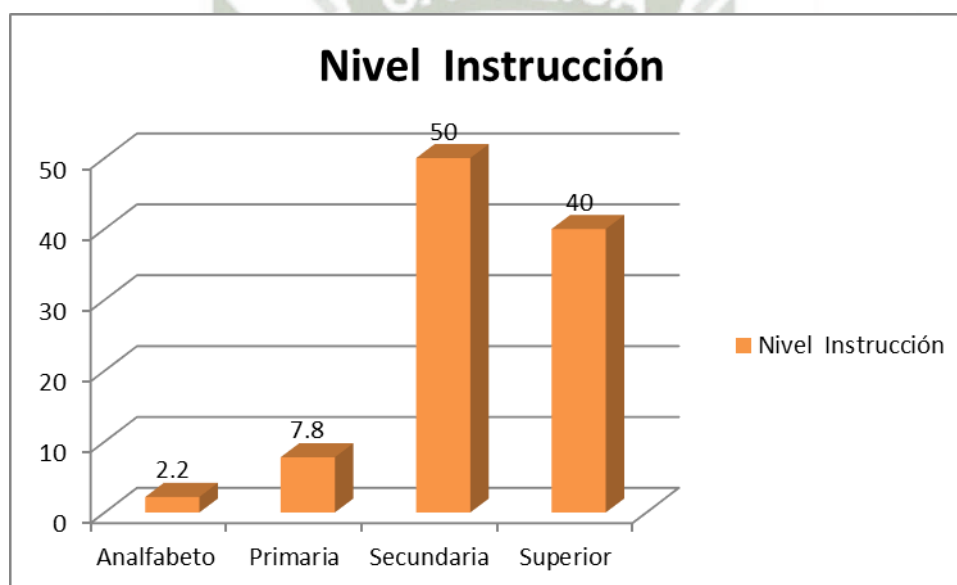
Nivel Instrucción	Total	
	No	%
Total :	90	100.0
Analfabeto	2	2.2
Primaria	7	7.8
Secundaria	45	50.0
Superior	36	40.0

En la Tabla N° 3 se muestra la población según nivel de instrucción, donde hubo un predominio de secundaria y superior.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 3

PACIENTES SEGUN NIVEL DE INSTRUCCIÓN



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 4

PACIENTES SEGUN PROCEDENCIA

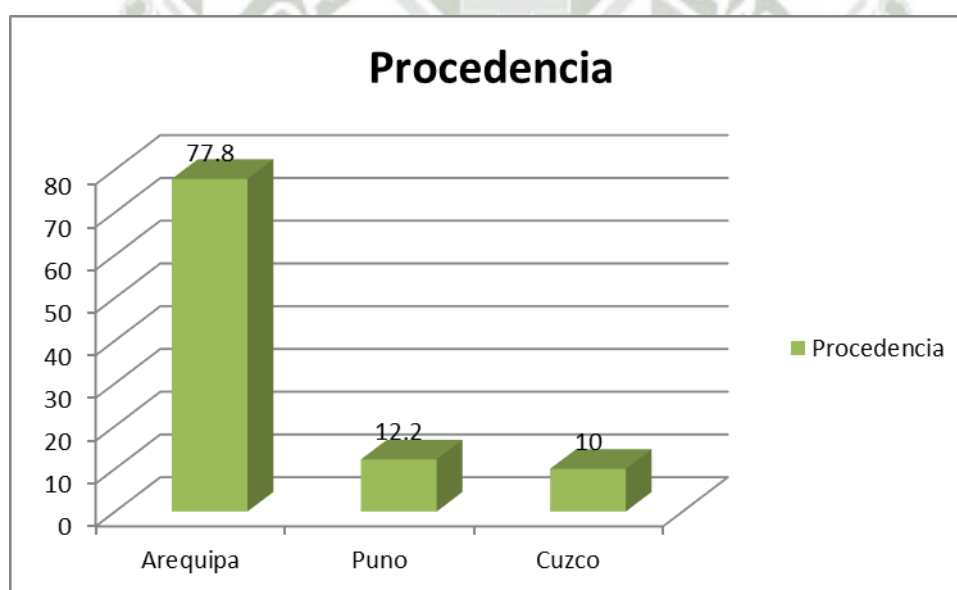
Procedencia	Total	
	No	%
Total :	90	100.0
Arequipa	70	77.8
Puno	11	12.2
Cuzco	9	10.0

En la Tabla N° 4 se muestra la población según lugar de procedencia, donde hubo predominio de pacientes de Arequipa.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 4

PACIENTES SEGUN PROCEDENCIA



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 5

PACIENTES SEGUN ESTADO CIVIL

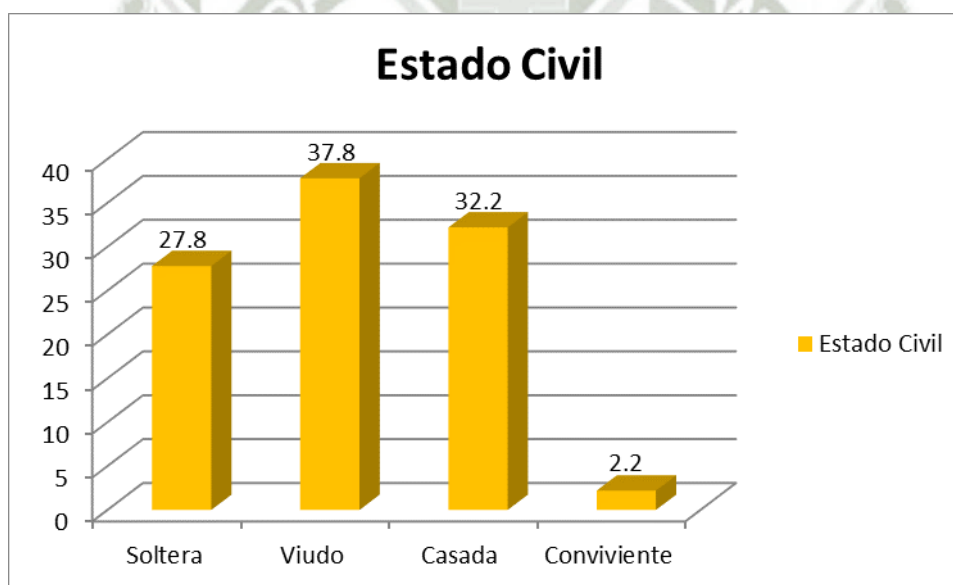
Estado Civil	Total	
	No	%
Total :	90	100.0
Soltero	25	27.8
Viudo	34	37.8
Casado	29	32.2
Conviviente	2	2.2

En la Tabla N° 5 se muestra la población según estado civil, con un predominio de los pacientes viudos y casados.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 5

PACIENTES SEGUN ESTADO CIVIL



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 6

PACIENTES SEGUN SERVICIO EN QUE FUE ATENDIDO

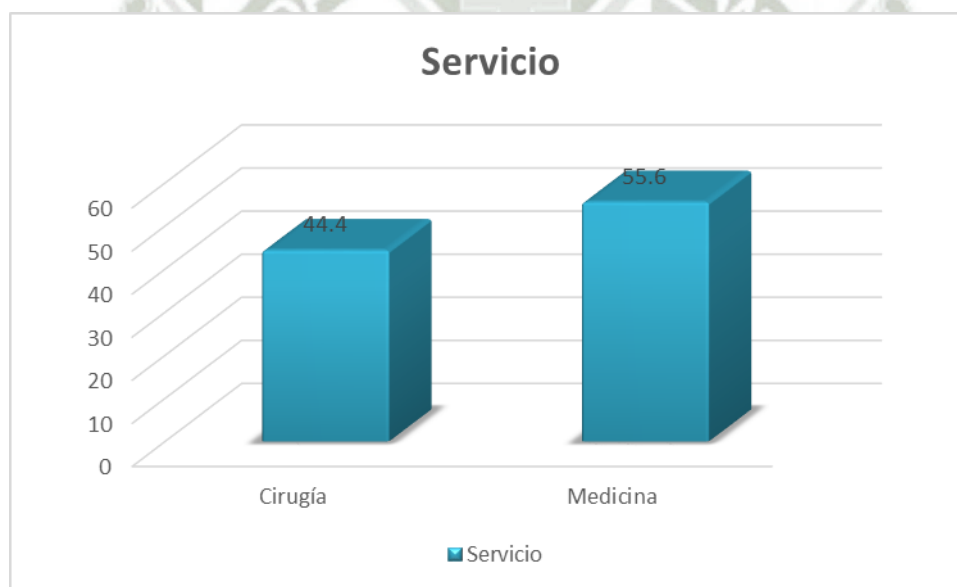
Servicio	Total	
	No	%
Total :	90	100.0
Cirugía	40	44.4
Medicina	50	55.6

En la Tabla N° 6 se muestra la población según lugar donde fue atendido, donde hubo un predominio de los pacientes del servicio de medicina.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 6

PACIENTES SEGUN SERVICIO EN QUE FUE ATENDIDO



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 7

POBLACION SEGÚN ESTADO DE DEPENDENCIA

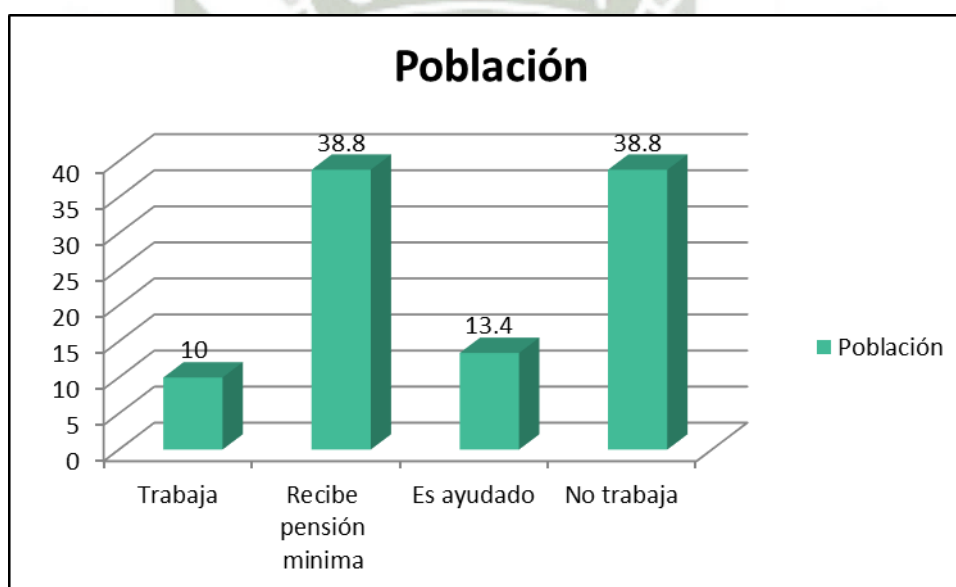
	Trabaja		Recibe pensión mínima		Es ayudado		No trabaja		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Población	09	10.0	35	38.8	12	13.4	34	38.8	90	100

En la Tabla N° 7 se muestra la población según la población de estado de dependencia, donde hubo un predominio de los que reciben pensión mínima y no trabajan.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 7

POBLACION SEGÚN ESTADO DE DEPENDENCIA



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 8

PRESENCIA DE SINTOMAS DE SALUD MENTAL SERVICIO DE MEDICINA

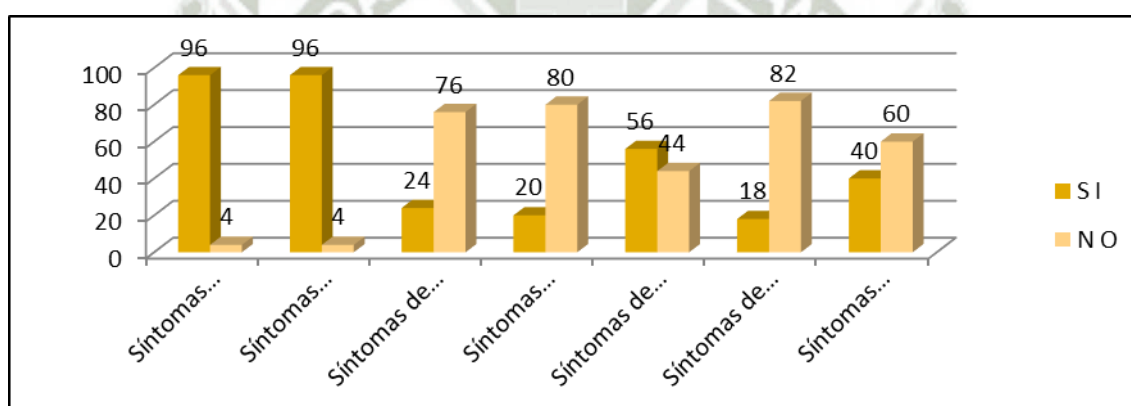
Síntomas	S I		N O		Total	
	No	%	No	%	No	%
Síntomas somáticos	48	96.0	2	4.0	50	100.0
Síntomas depresivos	48	96.0	2	4.0	50	100.0
Síntomas de presencia de ataques de pánico	12	24.0	38	76.0	50	100.0
Síntomas específicos de ataques de pánico	10	20.0	40	80.0	50	100.0
Síntomas de ansiedad general	28	56.0	22	44.0	50	100.0
Síntomas de trastornos de alimentación	9	18.0	41	82.0	50	100.0
Síntomas asociados con abuso de alcohol	20	40.0	30	60.0	50	100.0

En la Tabla N° 8 se muestra la población según presencia de síntomas de salud mental en el servicio de medicina, donde hubo un predominio de síntomas somáticos y depresivos.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 8

PRESENCIA DE SINTOMAS DE SALUD MENTAL SERVICIO DE MEDICINA



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 9

PRESENCIA DE SINTOMAS DE SALUD MENTAL SERVICIO DE CIRUGIA

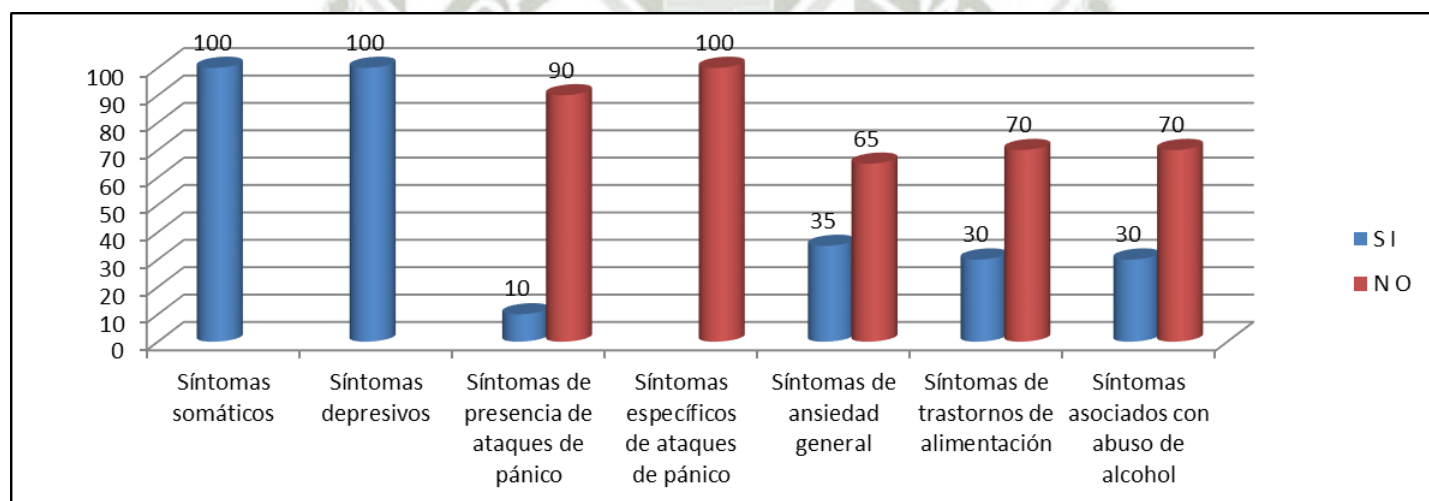
Síntomas	S I		N O		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Síntomas somáticos	40	100	0		40	100
Síntomas depresivos	40	100	0		40	100
Síntomas de presencia de ataques de pánico	4	10	36	90	40	100
Síntomas específicos de ataques de pánico	0	0	40	100	40	100
Síntomas de ansiedad general	14	35	26	65	40	100
Síntomas de trastornos de alimentación	12	30	28	70	40	100
Síntomas asociados con abuso de alcohol	12	30	28	70	40	100

En la Tabla N° 9 se muestra la población según presencia de síntomas de salud mental en el servicio de cirugía, donde hubo un predominio de síntomas somáticos y depresivos.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 9

PRESENCIA DE SINTOMAS DE SALUD MENTAL SERVICIO DE CIRUGIA



**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

TABLA N° 10

**PRESENCIA DE SINTOMAS DE SALUD MENTAL EN LOS SERVICIOS DE
MEDICINA Y CIRUGIA**

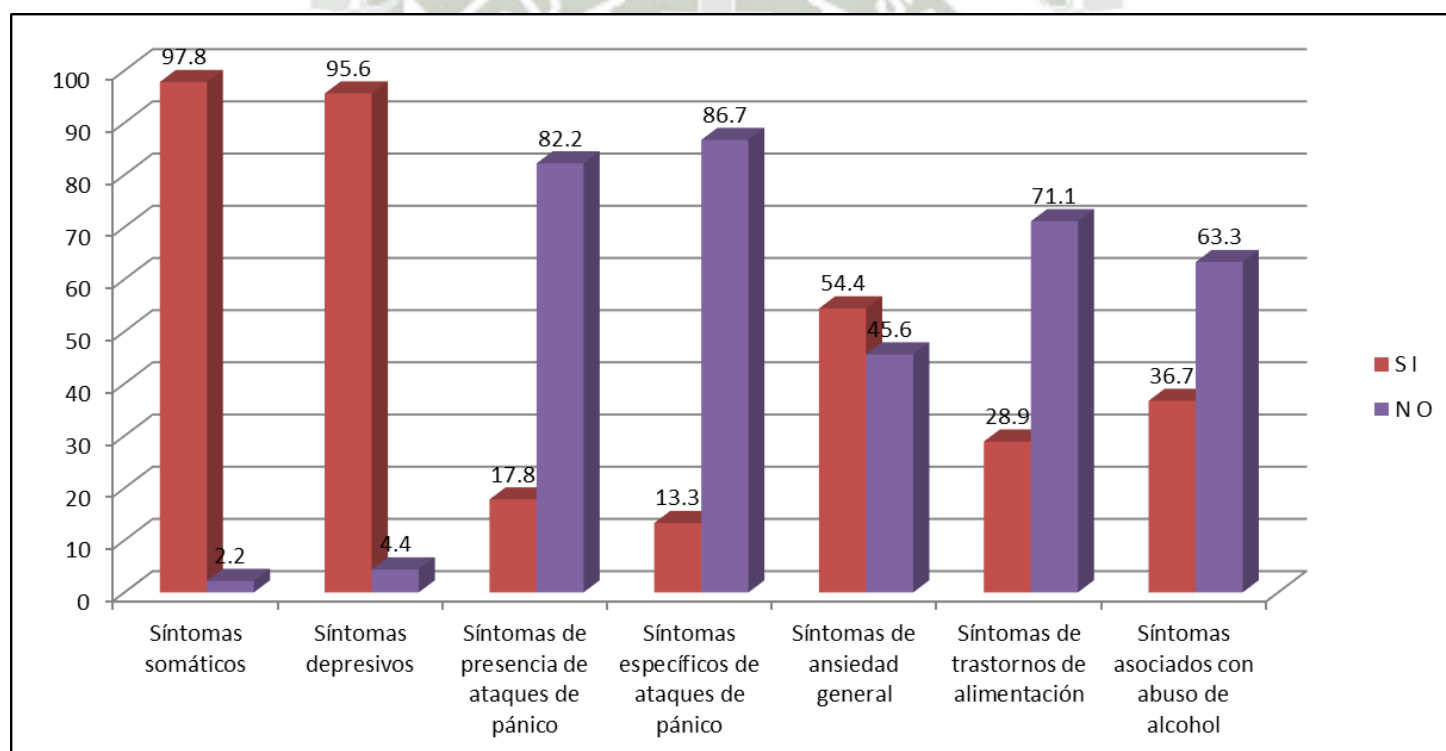
Síntomas	S I		N O		Total	
	No	%	No	%	No	%
Síntomas somáticos	88	97.8	2	2.2	90	100.0
Síntomas depresivos	86	95.6	4	4.4	90	100.0
Síntomas de presencia de ataques de pánico	16	17.8	74	82.2	90	100.0
Síntomas específicos de ataques de pánico	12	13.3	78	86.7	90	100.0
Síntomas de ansiedad general	49	54.4	41	45.6	90	100.0
Síntomas de trastornos de alimentación	26	28.9	64	71.1	90	100.0
Síntomas asociados con abuso de alcohol	33	36.7	57	63.3	90	100.0

En la Tabla N° 10 se muestra la población según presencia de síntomas de salud mental en el servicio de medicina y cirugía, donde hubo un predominio de síntomas somáticos y depresivos.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche
Arequipa 2014**

GRAFICO N° 10

**PRESENCIA DE SINTOMAS DE SALUD MENTAL EN LOS SERVICIOS DE
CIRUGIA Y MEDICINA**



Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014

TABLA N° 11

FACTORES ASOCIADOS A VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y SINTOMAS DE SALUD MENTAL

	Edad				Sexo				Grado de instrucción								Estado civil							
	Menor de 67		Mayor de 68		M		F		analfabeto		primaria		secundaria		superior		soltero		viudo		casado		conviviente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	50	53.56	40	44.44	36	40.00	54	60.00	02	02.22	07	07.77	45	45.55	16	17.77	25	27.77	34	37.77	29	32.22	02	02.22
Sínt. somáticos	20	22.22	20	22.22	12	13.33	22	24.44	01	01.11	05	05.56	20	22.22	08	08.88	12	13.33	15	16.55	14	13.33	01	01.11
Sínt. depresivos	15	16.55	15	16.55	14	14.44	13	13.33	01	01.11	00	00	13	13.33	03	03.33	08	08.88	07	07.77	05	05.5	01	01.11
Sínt. presencia ataques de pánico	01	01.11	01	01.11	03	03.33	03	03.33	00	00	02	02.22	01	01.11	02	02.22	01	01.11	08	08.88	08	08.88	00	00
Sínt. específicos ataques de pánico	02	02.22	02	02.22	02	02.22	01	01.11	00	00	00	00	02	02.22	01	01.11	01	01.11	03	03.33	02	02.22	00	00
Síntomas de ansiedad general	08	08.88	11	12.22	05	05.5	07	07.77	00	00	00	00	07	07.77	01	01.11	03	03.33	01	01.11	00	00	00	00
Sínt. trastornos alimentación	02	02.22	01	01.11	00	00	02	02.22	00	00	00	00	01	01.11	01	01.11	00	00	00	00	00	00	00	00
Sínt. asociados con abuso de alcohol	02	02.22	00	00	00	00	02	02.22	00	00	00	00	01	01.11	00	00.00	00	00	00	00	00	00	00	00

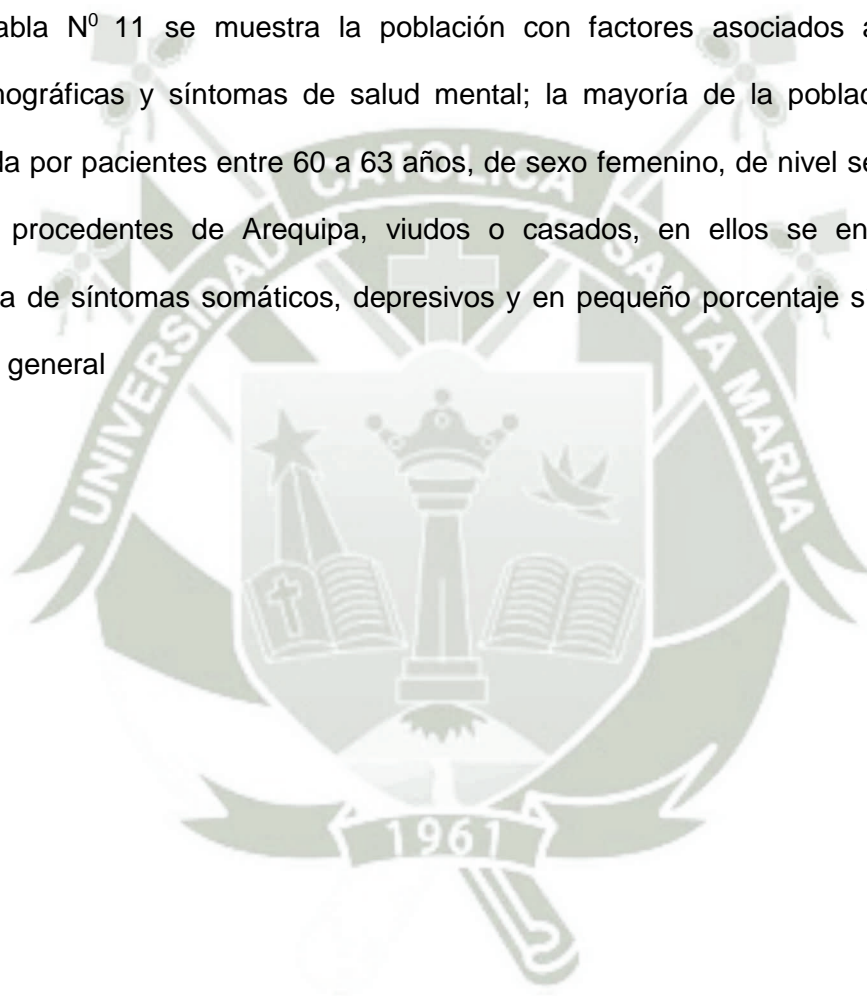
**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche**

Arequipa 2014

TABLA N° 11

**FACTORES ASOCIADOS A VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y SINTOMAS
DE SALUD MENTAL**

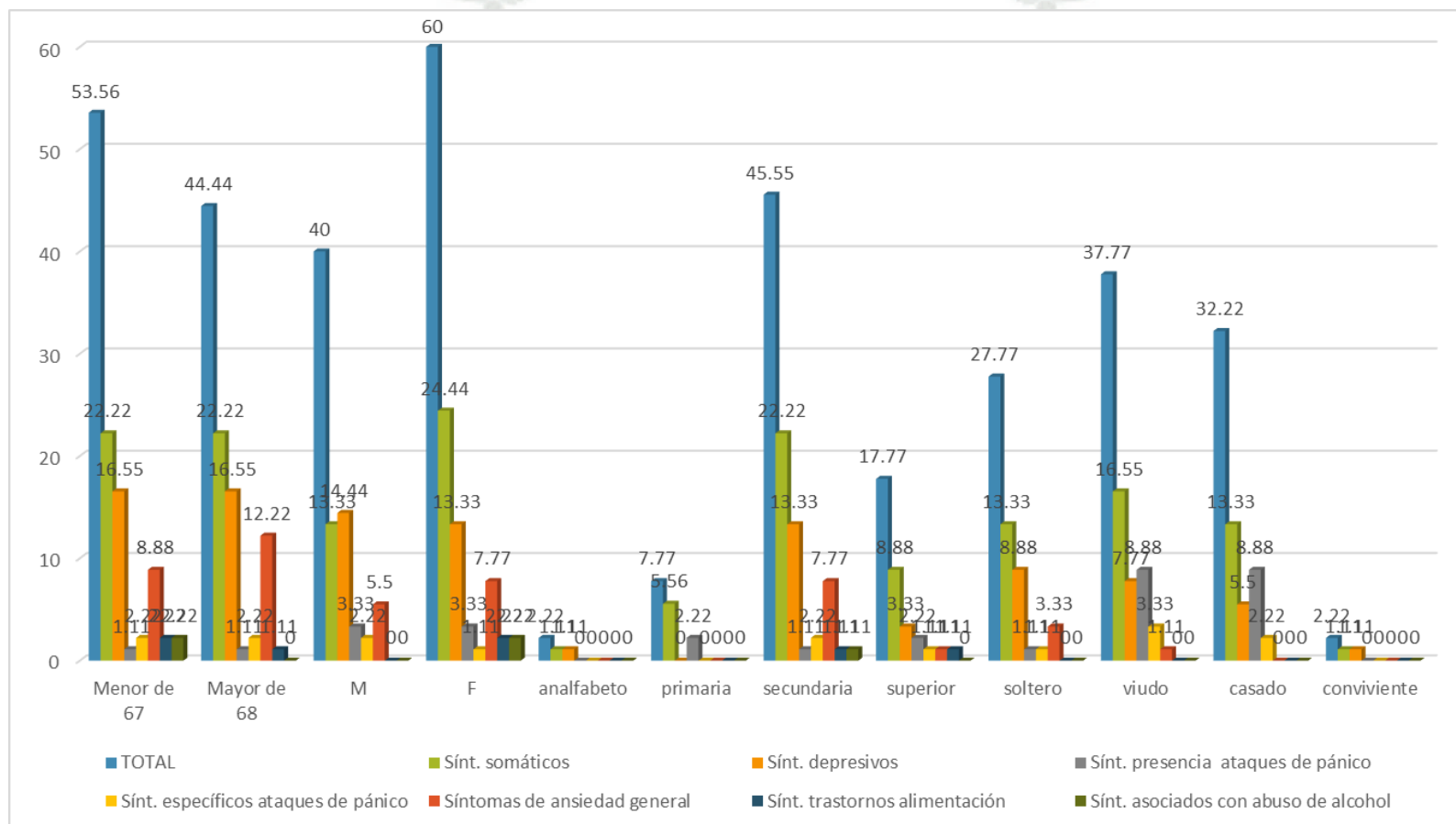
En la Tabla N° 11 se muestra la población con factores asociados a variables sociodemográficas y síntomas de salud mental; la mayoría de la población estuvo constituida por pacientes entre 60 a 63 años, de sexo femenino, de nivel secundario y superior, procedentes de Arequipa, viudos o casados, en ellos se encontró alta frecuencia de síntomas somáticos, depresivos y en pequeño porcentaje síntomas de ansiedad general



Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014

GRAFICO N° 11

FACTORES ASOCIADOS A VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y SINTOMAS DE SALUD MENTAL



Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014

TABLA N° 12

POBLACION CON ESTADO DE DEPENDENCIA Y SINTOMAS DE SALUD MENTAL

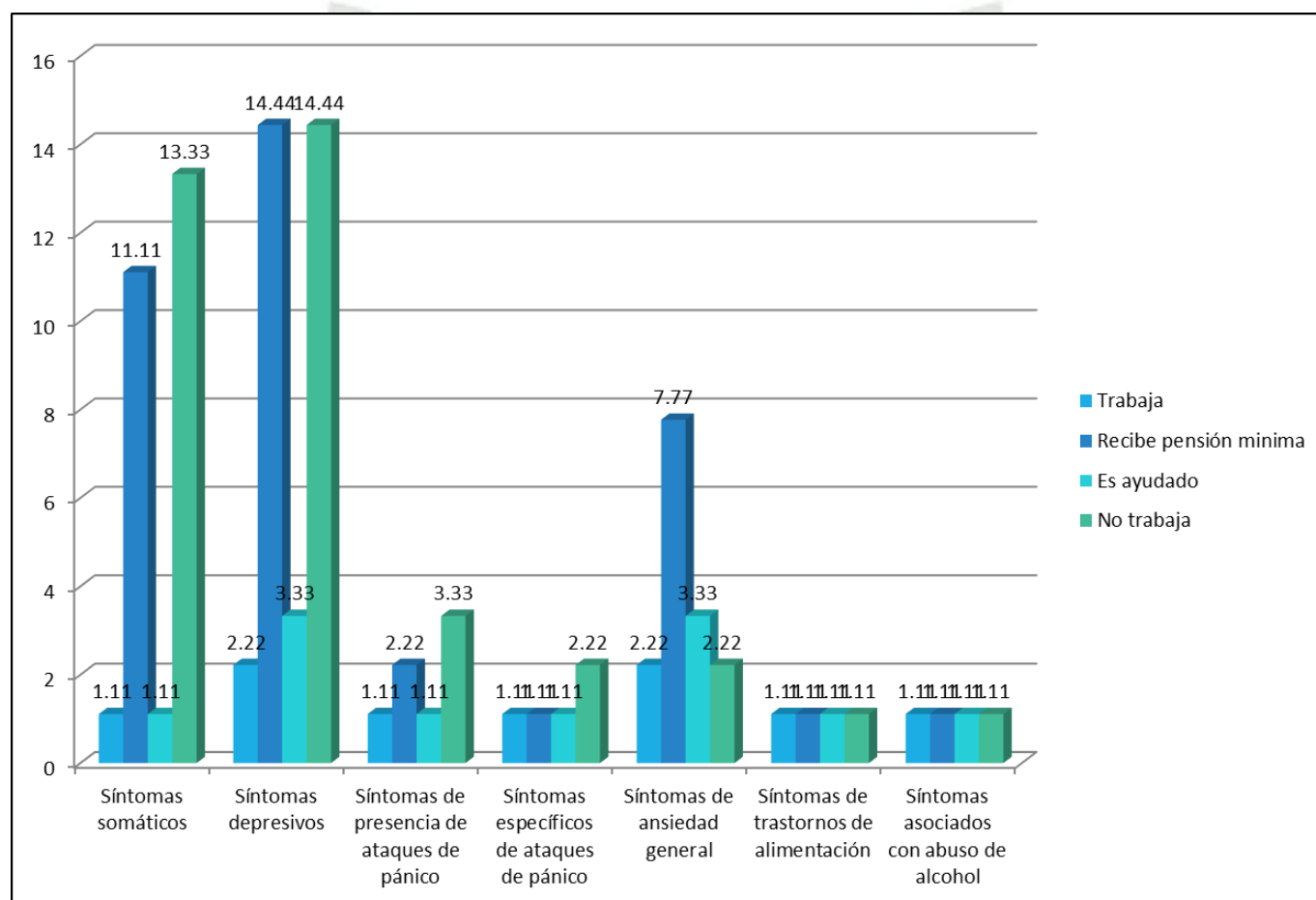
	Trabaja		Recibe pensión mínima		Es ayudado		No trabaja		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	09	10.0	35	38.8	12	13.4	34	38.8	90	100
Síntomas somáticos	01	01.11	10	11.11	01	01.11	12	13.33	29	32.22
Síntomas depresivos	02	02.22	13	14.44	03	03.33	13	14.44	34	37.77
Síntomas de presencia de ataques de pánico	01	01.11	02	02.22	01	01.11	03	03.33	07	07.77
Síntomas específicos de ataques de pánico	01	01.11	01	01.11	01	01.11	02	02.22	05	05.55
Síntomas de ansiedad general	02	02.22	07	07.77	03	03.33	02	02.22	18	20.00
Síntomas de trastornos de alimentación	01	01.11	01	01.11	01	01.11	01	01.11	04	04.44
Síntomas asociados con abuso de alcohol	01	01.11	01	01.11	01	01.11	01	01.11	04	04.44

En la Tabla N° 12 se muestra la población con estado de dependencia y presencia de síntomas de salud mental, donde hubo un predominio de la población que recibe pensión mínima y que no trabaja y en ellos hubo un predominio de presencia de síntomas somáticos y síntomas depresivos, además de la presencia de un poco porcentaje de síntomas de ansiedad general en pacientes que reciben pensión mínima.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa
2014**

GRAFICO N° 12

POBLACION CON ESTADO DE DEPENDENCIA Y SINTOMAS DE SALUD MENTAL



Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014

TABLA N° 13

POBLACION SEGÚN ACCESO A SERVICIOS Y PRESENCIA DE SINTOMAS DE SALUD MENTAL EN MEDICINA Y CIRUGIA

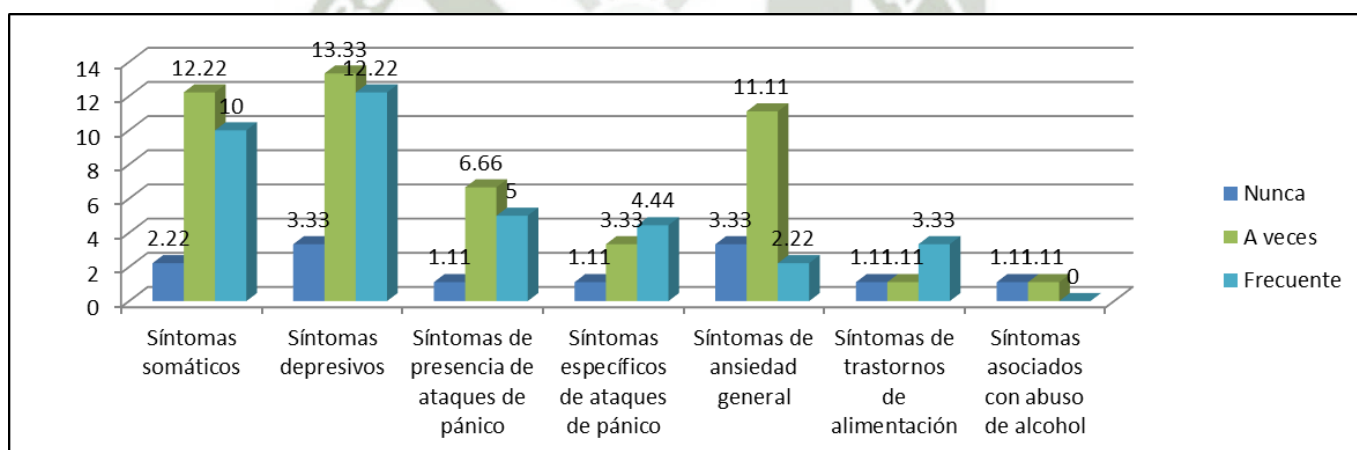
	Acceso a servicios						Total	
	Nunca		A veces		Frecuente			
	N	%	N	%	N	%	N	%
	12	13.4	44	48.8	34	37.8	90	100
Síntomas somáticos	02	02.22	11	12.22	09	10.00	22	24.44
Síntomas depresivos	03	03.33	12	13.33	11	12.22	26	28.88
Síntomas de presencia de ataques de pánico	01	01.11	06	06.66	05	05.00	12	13.33
Síntomas específicos de ataques de pánico	01	01.11	03	03.33	04	04.44	08	08.88
Síntomas de ansiedad general	03	03.33	10	11.11	02	02.22	15	16.66
Síntomas de trastornos de alimentación	01	01.11	01	01.11	03	03.33	05	05.55
Síntomas asociados con abuso de alcohol	01	01.11	01	01.11	00	00	02	02.22

En la Tabla N° 13 muestra la población según acceso a servicios y presencia de síntomas de salud mental en el servicio de medicina y cirugía, donde hubo predominio de presencia de síntomas somáticos, depresivos y un porcentaje pequeño de síntomas de ansiedad general.

**Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que
acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa
2014**

GRAFICO Nº 13

**Población según acceso a servicios y presencia de síntomas de salud mental en
Medicina y Cirugía**





CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se realizó la presente investigación debido a que no se encuentra estudios de este tipo en nuestro medio, pese a que en las últimas décadas la prevalencia e incidencia de los problemas de salud mental ha aumentado notoriamente, debido al crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años a más. Los cambios demográficos de los países han producido un aumento constante de la población mayor. Este envejecimiento de la población genera, paralelamente, un problema tanto psicosocial como sanitario. Así, el interés sobre la salud-enfermedad y los problemas sociales.

En la **Tabla y Grafico N° 1**, se muestra la población según grupo etario, donde la edad predominante fue entre 60 a 63 años, en un estudio realizado en Lima en cuanto a la edad promedio ponderada de los adultos encuestados fue de 62,2 años, siendo la distribución muy heterogénea e incluyendo a personas desde los 60 hasta los 94 años. De acuerdo a los grupos etarios, se apreció que la muestra conformó una asimetría positiva, siendo el mayor porcentaje el de los grupos etarios de 65 a 74 años (8), teniendo algo de similitud con mi estudio, infiriendo que es esta población que más acude a la consulta médica en hospitales nacionales (8).

En la **Tabla y Grafico N° 2**, se muestra la población según sexo, con predominio de la población femenina. En un estudio realizado en Colombia se tuvo como resultados que 57,2 % eran mujeres y 42,5 % eran hombres (9), en cuanto al sexo estos resultados son homogéneos. En un estudio realizado por Uribe y Molina, resaltan que una de las variables que más afecta a la salud en las personas mayores es el estado de ánimo, en el que las mujeres se ven más afectadas que los hombres, ya que la soledad, la dependencia de familiares, el estar expuestas a violencia de género, el trabajo no remunerado y la discriminación, se convierten en factores de riesgo, y si no son tratados, pueden llevar a patologías como la depresión mayor, la cual es más

frecuente en mujeres que en hombres. Según los resultados de este estudio, esta diferencia de género es evidente en los pacientes de mayor edad. (15)

En la **Tabla y Grafico N° 3**, se muestra la población según nivel de instrucción donde hubo un predominio del nivel secundario y superior.

En la **Tabla y Grafico N° 4**, se muestra la población según lugar de procedencia donde hubo predominio de la población de Arequipa.

En la **Tabla y Grafico N° 5**, se muestra la población según estado civil, con predominio de pacientes viudos y casados. En comparación con un estudio realizado en Lima refiere, con respecto al estado civil, que el 73,6% de los adultos se encuentra en situación de unido (conviviente o casado) y un 3,8% está separado o divorciado. Una sexta parte de la población tiene estado civil soltero, el 23,6 % de los participantes estaban casados, mientras que el 69,5 % convivía con pareja (ya fueran casados o en unión libre), el 3,9 % eran viudos y el 3 % estaban separados, mostrando una similitud en cuanto a la población con estado civil casado(a). (10)

En la **Tabla y Grafico N° 6**, se muestra la población según lugar donde fue atendido, con un predominio de los pacientes del servicio de medicina, por ser el servicio que ofrece más especialidades, en las cuales existe más población que acude a los consultorios por diversos problemas de salud.

En la **Tabla y Grafico N° 7**, se muestra la población según estado de dependencia, con predominio de los que reciben pensión mínima y no trabajan.

En la **Tabla y Grafico N° 8**, se muestra la población según presencia de síntomas de salud mental en el servicio de medicina, con un predominio de síntomas somáticos, depresivos y un pequeño porcentaje de ansiedad general.

Diversos estudios han analizado las posibles diferencias en la forma de expresión de la depresión en las personas mayores y la conclusión general es que, aunque no es

posible hablar de una forma específica, a menudo existe un aumento en la frecuencia de síntomas somáticos tales como fatiga, problemas de sueño, dolor, pérdida de interés en la actividad sexual, o múltiples y persistentes síntomas vagos (1). Otros autores definen la depresión como un estado de ánimo que, a nivel emocional, está marcado por una profunda tristeza y soledad. La tristeza es una emoción caracterizada por sentimientos de melancolía, de pérdida y de aflicción prolongada. La soledad es un estado emocional en el que la persona experimenta un poderoso sentimiento de vacío y de aislamiento. Estos síntomas no solo son importantes como indicadores del bienestar psicológico, también se reconocen como factores pronóstico relacionados con la salud y la longevidad funcional. (2)

En la **Tabla y Grafico N° 9**, se muestra la población según presencia de síntomas de salud mental en el servicio de cirugía, donde hubo predominio de síntomas somáticos y depresivos. En comparación con otros estudios hay evidencia de que la carga asociada a los desórdenes psiquiátricos, como trastornos somáticos, depresión y los trastornos de ansiedad, es similar en todas las culturas. En el Perú, los estudios de carga de morbilidad realizados por el MINSA han demostrado que la depresión constituye el principal problema de carga inclusive entre otras patologías físicas. Con respecto a los efectos de estas enfermedades, los trastornos mentales como la depresión, los trastornos somáticos y de ansiedad reducen la calidad de vida, la capacidad funcional, la productividad, la integración social e independencia de las personas.

En la **Tabla y Grafico N° 10**, se muestra la población según presencia de síntomas de salud mental en el servicio de cirugía y medicina, con un predominio de síntomas somáticos y depresivos, lo que muestra que los trastornos mentales en estos servicios tienen un predominio por tal sintomatología.

Los problemas de comportamiento y los conflictos sociales son componentes importantes de los problemas de salud del mundo, no sólo por su alta prevalencia sino por su relación con aspectos de bienestar, calidad de vida, libertad de expresión y derechos humanos. La carga de morbilidad de estos trastornos ha sido pronosticada aún mayor para los países en desarrollo donde se pronostica la depresión mayor como la primera causa de incapacidad para el año 2020. Hay evidencia que la carga asociada a los desórdenes psiquiátricos como la depresión y los trastornos de ansiedad es similar en todas las culturas, y en el Perú los estudios de carga de morbilidad realizados por el MINSA han demostrado que la depresión, trastornos somáticos y de ansiedad constituyen los principales problemas de carga inclusive entre otras patologías físicas (14).

En la **Tabla y Grafico N° 11**, se muestra la población con factores asociados a variables sociodemográficas y síntomas de salud mental, donde la mayoría de la población estuvo constituida por pacientes entre 60 a 63 años, de sexo femenino, de nivel secundario y superior, procedentes de Arequipa, viudos o casados, en ellos se encontró alta frecuencia de síntomas somáticos, depresivos y en pequeño porcentaje de síntomas de ansiedad general.

En esta línea, la salud física, es otro de los elementos a considerar como relevantes. Se ha reportado que los ancianos refieren, por lo general, pocas preocupaciones a excepción de las que tienen que ver con el área de la salud. De hecho, no sería extraño pensar que la salud fuera la preocupación más importante, en las personas de mayor edad, a partir de que lo que caracteriza esta etapa de la vida es el declive biológico, en definitiva, el deterioro físico, que a menudo se traduce en hospitalizaciones en clínicas geriátricas u hospitales generales. (28)

En la **Tabla y Grafico N° 12** se muestra la población con estado de dependencia y presencia de síntomas de salud mental, donde la población mayor estuvo constituida

por aquellos que reciben pensión y no trabajan, en ellos hubo predominio de síntomas somáticos y depresivos, además de la presencia de un pequeño porcentaje de síntomas de ansiedad general en pacientes que reciben pensión mínima.

La epidemiología social apoya especialmente la comprensión de la influencia de procesos sociales como la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, el ingreso económico, la clase y la exclusión social (étnica, racial, de género, generacional, por discapacidad, por clase social o por sexualidad etc.), desarrollo del niño, los estilos de vida, las redes sociales y los entornos físicos entre otros, en la salud de las personas y las poblaciones (6). Asimismo, la investigación sugiere la existencia de vínculos entre salud mental y capital social siendo un atributo de grupos más que individual y propuesto como una posible explicación para las diferencias en salud que se encuentran entre localidades o entre grupos distintos de población. (7)

En la **tabla y Grafico N° 13**, se muestra la población según acceso a servicios y presencia de síntomas de salud mental en medicina y cirugía, donde hubo predominio de presencia de síntomas somáticos, depresivos y un porcentaje pequeño de síntomas de ansiedad general.

El estudio epidemiológico, realizado por el INSM en el área rural de Lima en una muestra de 2536 pacientes, se encontró una prevalencia de vida de cualquier trastorno psiquiátrico de 29,6%, siendo la prevalencia de vida de cualquier trastorno de ansiedad de 16,6% y de cualquier trastorno depresivo de 16,3%. La prevalencia anual de trastornos de ansiedad fue del 5,8% y de trastornos depresivos del 4,4%.¹⁰ Estas cifras son en general menores a las encontradas en la ciudad de Lima y Callao, (37) realidades que muestran que ante la presencia de estos síntomas en otras poblaciones del Perú y las encontradas en Arequipa, muestran una alta presencia de trastornos de salud mental.

Lo que muestra mi estudio es la correlación con resultados de estudios que se han realizado en el área urbana y pocos en el área rural, en 1993, Colareta realiza una investigación sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural (Santa Lucía de Pacaraos-Huaral) y encontró una prevalencia global puntual de 32% de enfermedades psiquiátricas, ocupando el primer lugar los trastornos de ansiedad (9,1% descontando síndrome de abstinencia), seguido por los trastornos depresivos (8,0% de la muestra descontando duelo no complicado y el trastorno de adaptación), el alcoholismo (8,6% de la muestra). (12)

En cuanto a la relación salud auto reportada y apoyo social percibido, ésta ya ha sido subrayada a partir de la situación en la que se encuentran los adultos mayores quienes presentan un deterioro de salud mental significativo, ya que éstos y sus familias quedan abandonados o semi abandonados a nivel afectivo y de cuidados físicos al vivenciar la carencia de redes de apoyo (Majos, 1995). Existen estudios, quienes señalan que las alteraciones asociadas a disminuciones de contactos sociales pueden ayudar a explicar los mecanismos de actuación del apoyo social por la condición de la compañía en cuanto a su estado civil (27). La correlación existente entre estas variables apoyaría a quién señala que el apoyo social es pieza clave en la adaptabilidad del adulto mayor al deterioro biológico propio de este grupo etario. Así mismo, descubrieron que los ancianos que poseían un mayor grado de contactos sociales sobrevivieron más tiempo que aquellos que tenían menos recursos sociales, sobre todo a partir de los 65 años. (28)

Hay, sin embargo, varios factores que hay que tener en cuenta para interpretar los resultados de este estudio con cautela. Por una parte, en relación con el instrumento utilizado, a pesar de que el PHQ ha mostrado ser un instrumento breve y eficiente en la detección de trastornos mentales en diferentes estudios, por su misma naturaleza no permite obtener información más profunda, para lo cual se requeriría el empleo de instrumentos más detallados. Así, la salud auto reportada, entraña claramente un

concepto psicológico y es un excelente predictor de la salud física y mental del individuo y aún de su morbi-mortalidad, además está fuertemente asociada a otras condiciones psicológicas como la satisfacción en la vida, la autoestima, las habilidades funcionales, las actividades de la vida diaria, la depresión y aún el funcionamiento intelectual. (26)





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

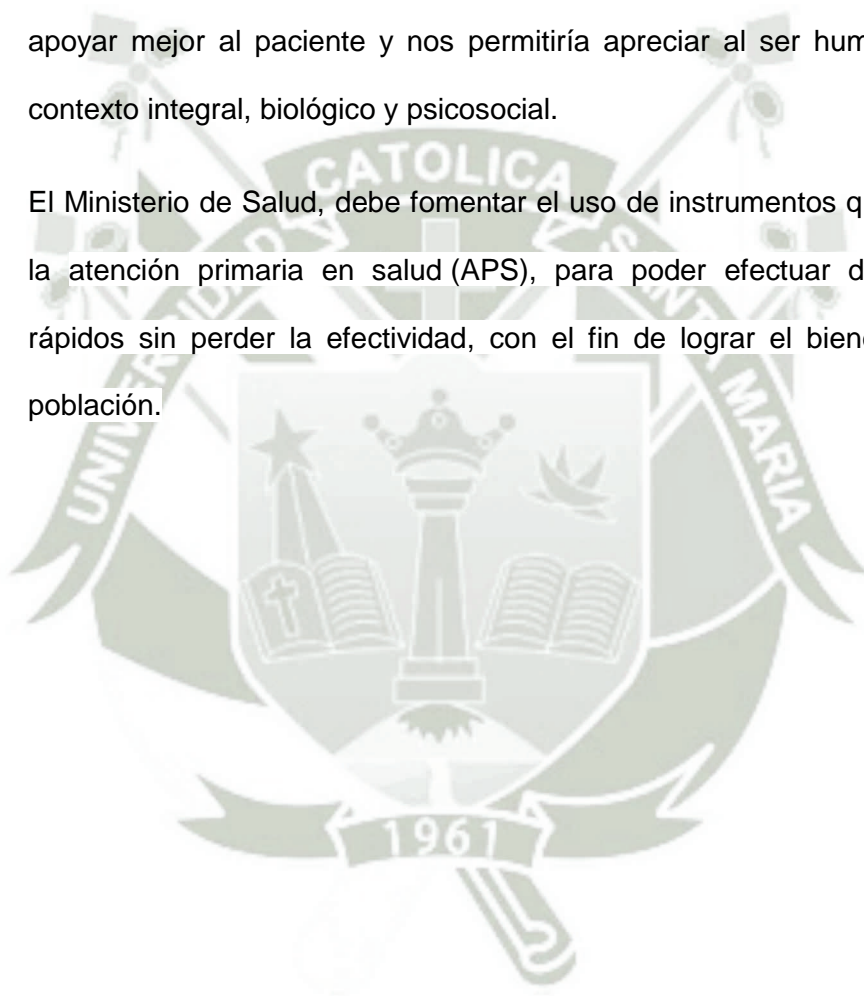
- Primera:** Respecto a los factores asociados a variables sociodemográficas y salud mental; encontramos que la mayoría de la población estuvo constituida por pacientes entre 60 a 63 años, de sexo femenino, de nivel secundario y superior, procedentes de Arequipa, viudos o casados, con predominio de síntomas somáticos, síntomas depresivos y síntomas de ansiedad general.
- Segunda:** Respecto a los factores de dependencia hubo predominio de la población que reciben pensión mínima y que no trabajan.
- Tercera:** Según acceso a servicios de salud, hubo un mejor acceso al servicio de medicina.
- Cuarta:** Existe una relación entre los síntomas somáticos, depresivos y síntomas de ansiedad general en pacientes con la de edad entre 60 a 63 años, de sexo femenino, de nivel secundario y superior, procedentes de Arequipa, viudos o casados, que reciben pensión mínima y no trabajan.

RECOMENDACIONES

Primera: Realizar otros estudios en los cuales se pueda utilizar la presente escala por su alta confiabilidad y especificidad, situación que estaría a cargo del servicio de medicina y cirugía e impulsada por los jefes de ambos servicios.

Segunda: La facultad de medicina, debería de incluir como temas prioritarios a poblaciones de servicios generales, para obtener un diagnóstico más firme, apoyar mejor al paciente y nos permitiría apreciar al ser humano en su contexto integral, biológico y psicosocial.

Tercera: El Ministerio de Salud, debe fomentar el uso de instrumentos que mejoren la atención primaria en salud (APS), para poder efectuar diagnósticos rápidos sin perder la efectividad, con el fin de lograr el bienestar de la población.



BIBLIOGRAFIA

1. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol* 1991; 46: M210-5.
2. Klerman GL. Cognitive dysfunction, vulnerability, and integrating theories of depression. *Integrative Psychiatry* 1987; 5: 32-5.
3. WHOQOL Group The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). *World Health Organization. Soc. Sci. Med. Vol. 41, N° 10, 1995. pp. 1.403-1.409.*
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
5. Organización Panamericana de La Salud. *Salud de la Población: Conceptos y Estrategias para las Políticas públicas Saludables*. Washington DC: OPS, 2000.
6. Breilh J. *Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús, 2003.
7. Moya J. *Las otras muertes: 20 años de violencia en los Andes del Perú*. Lima: IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social (ALAMES), 2004.
8. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General Anales de Salud Mental Vol. XXIV. Año 2008,*

9. Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola SA, Magaña CG, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Rev Col Psiquiatría*. 2004;33:241-62.
10. Quiroz VR. Frecuencia de diagnósticos de trastornos mentales en pacientes del Hospital Central del IPSS de Cusco. *Rev Peruana Epidemiol*. 1991;4:11-5.
11. Velásquez Valdivia, Aníbal. Octubre 2006. *Estimación de la Carga de Enfermedad en el Perú*. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc. Pp. 50
12. Colareta JR. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis para optar el título de médico cirujano, 2003,UPCH.
13. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa 2006. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2007; XXIII (1-2).
14. Velásquez Valdivia, Aníbal. Octubre 2006. *Estimación de la Carga de Enfermedad en el Perú*. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc. Pp. 50
15. Uribe AF, Valderrama LJ, Molina JM. Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombiana de Psicología* 2007; 10: 75-81.
16. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: 249-65.
17. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in depression. Stanford: CA: Stanford University Press; 1990.
18. Stek ML, Gussekloo J, Beekman AT, van Tilburg W, Westendorp RG. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord* 2004; 78: 193-200.

19. Rubio R, Aleixandre M. Un estudio sobre la soledad en las personas mayores: entre el estar solo y el sentirse solo. *Rev Mult Gerontol* 2001; 11: 23-8.
20. Watson D. Mood and temperament. New York: The Guilford Press; 2000.
21. Berg S, Mellstrom D, Persson G, Svanborg A. Loneliness in the Swedish aged. *J Gerontol* 1981; 36: 342-9.
22. Blazer DG. Depression and social support in late life: a clear but not obvious relationship. *Aging Ment Health* 2005; 9: 497-9.
23. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc enferm* 2003; 9: 9-21.
24. Larson SL, Owens PL, Ford D, Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke: thirteen-year follow-up from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Stroke* 2001; 32: 1979-83.
25. Gold CH, Malmberg B, McClearn GE, Pedersen NL, Berg S. Gender and health: a study of older unlike-sex twins. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002;57: 168-76.
26. Hayman KJ, Kerse NM, La Grow SJ, Wouldes T, Robertson MC, Campbell AJ. Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. *Optom Vis Sci* 2007; 84: 1024-30.
27. Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. & Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Rocas.
28. Majos, A. (1995). *Manual de prácticas de trabajo social en la tercera edad*. Madrid: Siglo Veintiuno.

29. Postel, J. (1996). Depresión. En VV.AA. (Ed.), *Gran diccionario de psicología* (p. 210). Madrid: Del Prado.
30. Cohen, S., Kaplan, G. & Jukka, S. (1999). The role of psychological characteristics in the relation between socioeconomic status and perceived health. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 445-468.
31. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29(4):578-85
32. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. JAMA. 1994;272:1749-56.





ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIO DE DATOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

1. Edad.....
2. Sexo.....
3. Grado de instrucción.....
4. Procedencia.....
3. Estado civil.....

FACTORES ASOCIADOS

1. Estado de dependencia:
 - Trabaja.....
 - Recibe pensión mínima.....
 - Recibe ayuda.....
 - No trabaja.....
2. Acceso a servicios:
 - Nunca.....
 - A veces.....
 - Frecuente.....

OTRAS VARIABLES

Lugar de atención: medicina.....cirugía.....

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

(PHQ)



CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es importante para poder ofrecerle la mejor asistencia sanitaria posible. Sus respuestas nos ayudarán a entender los problemas que pueda tener. Por favor, conteste a cada pregunta lo mejor que pueda, a menos que le pidan que se salte alguna pregunta.

Nombre _____ Edad _____ Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Fecha de hoy _____

1. Durante las <u>últimas 4 semanas</u> ¿hasta qué punto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	No me ha molestado	Me ha molestado	Me ha molestado
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruación (regla) dolorosa u otros problemas con su período (sólo para mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sensación de que el corazón late deprisa o con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, deposiciones sueltas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de	Casi cada día
a. Poco interés o alegría por hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poco apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

3. Preguntas sobre la ansiedad.

- a. En las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún ataque de ansiedad — sensación repentina de miedo o pánico?

NO

SÍ

Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 5.

- b. ¿Alguna vez le había pasado antes?

☐
☐

- c. ¿Algunos de estos ataques aparecen de repente cuando menos se lo espera, es decir, en situaciones en que aparentemente no está nervioso/a ni incómodo/a?

☐
☐

- d. ¿Estos ataques le molestan mucho o le preocupa tener otro ataque?

☐
☐

4. Piense en su último ataque de ansiedad serio cuando conteste a las siguientes preguntas.

NO

SÍ

- a. ¿Se quedó sin aire?

☐
☐

- b. ¿El corazón le latió deprisa, con fuerza o le dio un vuelco?

☐
☐

- c. ¿Tuvo dolor o presión en el pecho?

☐
☐

- d. ¿Sudó?

☐
☐

- e. ¿Sintió que se estaba ahogando?

☐
☐

- f. ¿Tuvo sofocos o escalofríos?

☐
☐

- g. ¿Tuvo náuseas, problemas de estómago o la sensación de que iba a tener diarrea?

☐
☐

- h. ¿Se sintió mareado/a, inestable o a punto de desmayarse?

☐
☐

- i. ¿Sintió hormigueo o alguna parte del cuerpo dormida?

☐
☐

- j. ¿Tuvo temblores o estremecimientos?

☐
☐

- k. ¿Tuvo miedo de estar muriéndose?

☐
☐

5. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Nunca

Varios
días

Más de la
mitad de

- a. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, con los nervios de punta o preocuparse mucho por distintas cosas.

☐
☐
☐

Si ha marcado "Nunca", pase a la pregunta n.º 6.

- b. Sentirse inquieto/a de tal forma que le cuesta quedarse sentado/a.

☐
☐
☐

- c. Cansarse con mucha facilidad.

☐
☐
☐

- d. Dolor o tensión muscular.

☐
☐
☐

- e. Problemas para quedarse dormido/a o para seguir durmiendo.

☐
☐
☐

- f. Problemas para concentrarse en algo, como leer un libro o ver la televisión.

☐
☐
☐

- g. Irritarse o enfadarse fácilmente.

☐
☐
☐

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

6. Preguntas sobre los hábitos alimentarios.

- a. ¿Siente con frecuencia que no puede controlar qué come o cuánto come?
- b. ¿Come con frecuencia, en un periodo de 2 horas, lo que la mayoría de gente consideraría una cantidad inusualmente grande de comida?

NO

SÍ

☐

☐

☐

☐

Si ha marcado "NO" en alguna de las preguntas a) o b),
pase a la pregunta n.º 9.

- c. ¿Esto ha ocurrido con una frecuencia media de dos veces por semana durante los últimos 3 meses?

☐

☐

7. Durante los últimos 3 meses ¿ha hecho con frecuencia alguna de las siguientes cosas para evitar engordar?

NO

SÍ

- a. ¿Provocarse el vómito?
- b. ¿Tomar más del doble de la dosis recomendada de laxantes?
- c. ¿Ayunar, es decir, no comer nada durante al menos 24 horas?
- d. ¿Hacer ejercicio durante más de una hora expresamente para evitar engordar después de una comilona?

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

8. Si ha marcado "SÍ" en alguna de estas formas de evitar engordar, ¿ha ocurrido alguna con una frecuencia media de dos veces por semana?

NO

SÍ

☐

☐

9. ¿Alguna vez bebe alcohol (incluyendo cerveza o vino)?

NO

SÍ

☐

☐

Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 11.

10. ¿Le ha pasado algo de lo siguiente más de una vez en los últimos 6 meses?

NO

SÍ

- a. Ha bebido alcohol aunque el médico le había aconsejado dejar de beber a causa de un problema de salud.
- b. Ha bebido alcohol, ha ido colocado/a o ha tenido resaca mientras estaba trabajando, iba al colegio, se ocupaba de los niños o de otras responsabilidades.
- c. No ha ido o ha llegado tarde al trabajo, colegio o a otras actividades porque estaba bebiendo o tenía resaca.
- d. Ha tenido algún problema para relacionarse con los demás cuando ha estado bebiendo.
- e. Ha conducido el coche después de tomarse varias copas o después de beber demasiado.

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

11. Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna dificultad

Algunas dificultades

Muchas dificultades

Muchísimas dificultades

☐

☐

☐

☐

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank.
Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc. Se necesita autorización para su reproducción, traducción, muestra o distribución.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE INVESTIGACION

Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa
2014

Proyecto de Investigación presentado
por: HAROLD NEPTALÍ PÉREZ ZEA

Para Obtener el Título Profesional de:
MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA - PERÚ
2014

I. PREAMBULO

El ser humano está sujeto al envejecimiento y este es un fenómeno universal e inevitable. Uno de los cambios importantes que se ha presentado en los últimos tiempos es el crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años a más, no sólo en países desarrollados, sino también en países en vías de desarrollo y es considerada como población geriátrica. Estos pacientes empiezan a mostrar una serie de trastornos que varían y que afectan su capacidad mental es decir la función cognitiva que es el resultado del buen funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión, la resolución de problemas, la personalidad y la conducta.

Estos cambios en la salud mental de los pacientes geriátricos pueden estar asociados a diversos factores entre los que se describen factores socio ambientales, como la edad, el sexo, grado de instrucción, área de residencia, condición marital, tipo de enfermedad (p. ej. trastornos psiquiátricos entre los cuales mencionamos: la demencia, delirium, depresión y ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, abuso y dependencia de otras sustancias); factores asociados, como el estado de dependencia y acceso a servicios; además de factores genéticos que influyen sobre todo para determinar si una persona va a contraer alguna enfermedad.

Teniendo en consideración el incremento de problemas asociados con la salud mental en pacientes geriátricos y que la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, es de suma importancia el considerar este tipo de estudios que va a permitir la obtención de datos que nos permitan dar un mejor tratamiento y mejor calidad de vida a aquellas personas que se encuentran formando parte de dicha población geriátrica.

Por eso durante la realización de mi internado he visto la gran cantidad de pacientes geriátricos que acuden a los servicios de salud y he considerado de gran importancia realizar este estudio, porque así se podrá ayudar a mejorar la calidad de atención y la calidad de vida de este tipo de pacientes.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. Enunciado del problema:

¿Cuáles son los Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014?

Descripción del problema:

Debido a que el promedio de vida en nuestra población se está incrementando, lo que trae como consecuencia el envejecimiento celular y por lo tanto el envejecimiento orgánico, que afecta a todos nuestros órganos desde el cerebro hasta los músculos. Es que podemos encontrar una serie de factores relacionados con el bienestar tanto físico, como mental, los cuales se van a deteriorar producto de este envejecimiento. Por lo cual considero importante realizar este estudio para mejorar la calidad de atención y la calidad de vida del paciente geriátrico.

1.1.1.- Área de conocimiento:

General	: Ciencias de la Salud
Específica	: Medicina
Especialidad	: Psiquiatría
Línea	: Salud mental

1.1.2.- Análisis y operacionalización de variables:

CUADRO N° 01

VARIABLE	INDICADOR		VALOR	TIPO
Factores Asociados	Características Sociodemográficas	Sub Indicador: <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Grado de instrucción - Área de residencia - Condición marital - Lugar de Atención 	Mayores de 60 años M-F Analfabetos Secundaria Superior rural-urbana. Soltero Casado Viudo Medicina Cirugía	Cuantitativa Nominal Cualitativa
	Estado de Dependencia		Trabaja Recibe pensión mínima Recibe ayuda No trabaja	Cualitativa
	Acceso a servicios		Nunca A veces Frecuente	Cualitativa
Salud Mental	Detección temprana El instrumento: PHQ (Patient Health questionnaire)		síntomas somáticos, síntomas depresivos, síntomas de presencia de ataques de pánico, síntomas de ansiedad general, síntomas de trastornos de alimentación, síntomas asociados con abuso de alcohol	Cualitativa

1.1.3. Interrogantes básicas:

1. ¿Cuáles son los Factores asociados al estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014?
2. ¿Cuál es la población predominante en los servicios de medicina y cirugía, según los factores de dependencia de la población?
3. ¿Cuál es el servicio que brinda mejor acceso a problemas de salud mental?
4. ¿Cuál es la relación entre factores asociados y síntomas de Salud Mental?

1.1.4.- Tipo de investigación:

Es un estudio de investigación de campo y de corte transversal.

1.1.5.- Nivel de Investigación:

Descriptivo

1.2 Justificación

El presente estudio busca conocer los factores asociados al estado de salud mental en pacientes geriátricos que acuden a consultorios externos de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014. Porque debido al incremento de la población geriátrica, en estas últimas décadas ha habido una creciente atención a la relación entre salud mental y salud en general. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS): "La salud es un estado integral y completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad", además menciona que "No hay salud sin salud mental".

Es por eso que los desajustes psicológicos y los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de sufrimiento en el paciente geriátrico y tienen importantes implicaciones en diferentes ámbitos (individual, familiar, económico y social). Esto nos hace considerar la importancia que

tienen estos diversos factores en el desarrollo de patologías que pueden afectar al mantenimiento de una adecuada salud mental del paciente geriátrico, que acude a los diversos establecimientos de salud.

El estudio que propongo realizar tiene **relevancia práctica** ya que nos permitirá identificar la magnitud del problema en los últimos años y estar alerta ante los factores desencadenantes para diseñar estrategias preventivo-promocionales. Tiene **relevancia social**, ya que la alteración del estado de salud mental del paciente geriátrico afecta a un porcentaje significativo de la población y tiene proyección a incrementarse con el tiempo, convirtiéndose en un problema de salud pública. Es **contemporáneo** ya que la población geriátrica viene incrementándose en las últimas décadas; es **factible** de realizar, dentro de este contexto se puede emplear instrumentos breves de evaluación, tanto cuestionarios como entrevistas estructuradas que permitan la detección temprana de problemas de salud mental.

Además de satisfacer la motivación personal de realizar una investigación en el área de psiquiatría, busco lograr una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado de medicina, cumplir con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante de mi desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. CICLO VITAL

2.1.1. ASPECTOS GENERALES

El viejo aforismo senequiano de «la vejez es en sí misma enfermedad» ha planeado desde siempre sobre el campo de la gerontología, y aunque la moderna gerontología confirma el carácter fisiológico del envejecimiento humano, también es cierto que la caída de la vitalidad condicionada por el envejecer aumenta la vulnerabilidad del anciano a padecer enfermedades e incapacidades. El envejecimiento será fisiológico cuando cumpla parámetros biológicos aceptados para los distintos tramos de edad y mantenga la capacidad de relación con el

medio social, y será patológico cuando la incidencia de enfermedad altere dichos parámetros biológicos y dificulte las relaciones sociales. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como «un estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente como una ausencia de enfermedad»; esta definición adquiere en geriatría un relieve especial al incluir tanto las alteraciones físicas y mentales como las circunstancias socioeconómicas y personales. El concepto de anciano sano no está ligado siempre al de ausencia de enfermedad, y quizás, como bien recuerda también la OMS, «la salud del anciano se mide en términos de función». (1)

Con el envejecimiento se producen cambios fisiológicos en todos los sistemas del organismo que determinan disminución de la reserva funcional limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o un estrés. También se produce un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas del individuo. Así, pues, el envejecimiento no es sólo la suma de la reducción individual de la reserva funcional de cada órgano, sino también de los mecanismos de función que integran sus funciones. (2)

El envejecimiento puede afectar de forma variable a la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento (p. ej., la cognición, la conducta) que se consideran relacionadas con la edad se deben a veces a enfermedades tratables (p. ej., la depresión, el hipotiroidismo). La rápida disminución de la cognición casi siempre se debe a una enfermedad. (3)

Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socioambientales, incluido el entorno asistencial. Por ejemplo, la prevalencia de trastornos psiquiátricos es del 15-25% entre las personas de 65 años que viven en la comunidad y del 27-55% entre las hospitalizadas. Los trastornos psiquiátricos son un diagnóstico primario o secundario en el 70-80% de los internados en residencias; en un estudio, el 94%

de estos residentes presentaban algún trastorno psiquiátrico. Los trastornos cerebrales que causan demencia (la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente) afectan a alrededor del 10% de las personas de 65 años y al menos al 25% de las de 85 años. (4)

2.1.2. VEJEZ

Envejecimiento: Proceso de cambio gradual y espontáneo que conlleva la maduración a lo largo de la infancia, la pubertad y los primeros años de la edad adulta, seguida por un declive durante las edades media y avanzada de la vida.

Senectud: Proceso temporal que implica la pérdida de la capacidad celular de división, crecimiento y función, y que en último término resulta incompatible con la vida; es decir, el proceso de la senectud termina en la muerte. (5)

Mientras que el envejecimiento abarca al componente positivo del desarrollo y al negativo de la decadencia, la senectud se refiere sólo a los procesos degenerativos que, en último término, imposibilitan la continuación de la vida. No todos los cambios que se producen durante el envejecimiento (incluso los que suceden en etapas avanzadas de la vida) son nocivos (p. ej., las canas, la calvicie) y algunos pueden ser incluso deseables (p. ej., la mayor sabiduría y experiencia). El aumento de los niveles de insulina y de la grasa corporal relacionados con el envejecimiento puede ser beneficioso cuando la nutrición es limitada. Por el contrario, se considera como senectud la pérdida de memoria asociada con el envejecimiento. La senectud no tiene aspectos positivos. (6)

Es útil diferenciar el envejecimiento normal del envejecimiento satisfactorio.

El **envejecimiento normal** se refiere al complejo habitual de enfermedades y alteraciones que caracterizan a muchos ancianos. Sin embargo, las personas envejecen de formas muy distintas: algunas sufren enfermedades y alteraciones, mientras que otras parecen escapar a las enfermedades concretas y se dice que mueren debido a su avanzada edad. Estas últimas pueden mantener una vida sana y activa hasta su muerte. (6)

El **envejecimiento satisfactorio (sano)** es un proceso con mínimos efectos perjudiciales, en el que la persona conserva sus funciones hasta que la senectud impide que la vida continúe. Las personas que envejecen satisfactoriamente se ahorran muchas de las características no deseables de esta etapa. Por ejemplo, pueden evitar la pérdida casi total de los dientes, problema que suele ser (y que en algunas sociedades es) habitual y universal entre los ancianos. También es posible que eviten las complicaciones de las enfermedades vasculares mediante el control de sus niveles de glucemia y del porcentaje de grasa corporal, aunque su aparato circulatorio siga envejeciendo. (6)

El concepto de un envejecimiento satisfactorio significa que el proceso no va acompañado necesariamente de enfermedad debilitante o de discapacidad. Aunque el porcentaje de personas >65 años y la proporción de ancianos >85 de EE.UU. ha aumentado, el de los ancianos que viven en residencias se ha reducido (al 5,2%). También, el porcentaje de personas de 75-84 años que admiten tener una discapacidad ha disminuido (a <30%) y lo mismo sucede con el número de los que padecen enfermedades debilitantes. Aunque podrían existir justificaciones alternativas para estos cambios del estado de salud, una explicación viable es la mayor proporción de personas que envejecen de manera satisfactoria. (7)

Enfermedad frente a envejecimiento: El envejecimiento y la senectud implican el declive de muchas funciones fisiológicas, pero en general no se considera que esta decadencia normal sea equiparable a enfermedad. La diferenciación entre decadencia normal y enfermedad suele ser evidente, aunque no siempre lo es, y a veces sólo se debe a la distribución estadística. Se considera que la intolerancia a la glucosa forma parte del envejecimiento normal, mientras que la diabetes es una enfermedad, aunque muy frecuente. La incidencia y la prevalencia de la diabetes tipo II aumenta con la edad, de forma que entre las personas >85 años el porcentaje de diabéticos supera el 10%. La decadencia cognitiva es casi universal durante la edad avanzada y se considera un fenómeno normal del envejecimiento; sin embargo, la disminución cognitiva compatible con demencia es una enfermedad, aunque frecuente a edades avanzadas. La enfermedad de Alzheimer es un proceso patológico diferente del envejecimiento normal, conclusión apoyada por el estudio del tejido cerebral en las autopsias. (8)

LONGEVIDAD

La esperanza de vida media de los estadounidenses se incrementó de forma espectacular a partir de la revolución industrial. Sin embargo, casi todos los avances se debieron a la disminución de la mortalidad infantil. La esperanza de vida máxima, que se admite por lo general que ronda los 125 años para la mujer y algo menos para el varón, apenas se ha modificado en la historia documentada, aunque algunos expertos opinan que podría estar aumentando lentamente. (9)

Son varios los factores que influyen en la longevidad, uno de los cuales es la herencia. La herencia influye sobre todo para determinar si una persona va a contraer alguna enfermedad. Así, es probable que una tendencia hereditaria a la hipercolesterolemia se traduzca en una vida corta, mientras que la herencia de los genes que protegen contra la enfermedad cardíaca y el cáncer ayudará a asegurar una vida prolongada. (9)

Una vez contraída la enfermedad, el tratamiento médico contribuirá a incrementar la supervivencia, sobre todo si se trata de enfermedades curables (p. ej., enfermedades infecciosas, cáncer). Otro factor que influye de forma significativa en la longevidad es la forma de vida; no fumar, mantener un peso corporal adecuado, consumir una dieta sana y hacer el ejercicio adecuado ayudan a evitar las enfermedades. La exposición a las toxinas ambientales puede acortar la esperanza de vida, incluso entre las personas con el componente genético más robusto. (9)

2.1.3. SINDROMES GERIATRICOS

En geriatría es habitual la presencia de «alteraciones iceberg»; es decir, de enfermedades no conocidas ni por el paciente ni por su médico, que además con frecuencia son el origen de incapacidades no explicadas por los trastornos previamente documentados, en un marco funcional que obliga a medir la enfermedad a través de sus consecuencias y no sólo a partir de las causas que la generan. (10)

Esta forma de «presentación atípica» de las enfermedades en los ancianos es la responsable de los denominados síndromes geriátricos, sin caer en el error de

considerar a éstos única y exclusivamente como una manifestación atípica de una enfermedad, sino que deben ser considerados en algunos casos como entidades nosológicas específicas con alta frecuencia de presentación en los ancianos, siendo incluidos dentro de las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de la medicina geriátrica. (10)

Estos síndromes pueden generar mayor morbilidad y consecuencias en ocasiones más graves que la propia enfermedad que los produce (por ej., síndrome de inmovilidad generado por un ACV [accidente cerebrovascular], sin una buena prevención de las úlceras de decúbito éstas pueden aparecer y generar más problemas). Sólo un estrecho conocimiento de estos patrones de presentación atípicos, pero típicos en los ancianos, en la manera de enfermar nos conducirá a un correcto diagnóstico. Su detección sistemática en forma de «quejas» o «problemas» debe ser incluida en la anamnesis de la historia clínica del anciano sano (prevención) o del enfermo (tratamiento). (10)

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población. Son la manifestación (síntomas) de muchas enfermedades, pero también son el principio de muchos otros problemas que debemos tener en cuenta desde su detección para establecer una buena prevención de los mismos. (11)

La pluripatología tan frecuente no sólo dificulta el diagnóstico, sino que a veces el tratamiento de una empeora el curso de otra (por ej., tratamiento de insuficiencia cardíaca con diuréticos puede ocasionar incontinencia urinaria). También puede suceder que una situación enmascare o atenúe otra patología (por ej., anemia sin astenia en un inmovilizado severo). En los ancianos se deberán adoptar actitudes terapéuticas diferenciadas, con utilización de medidas adaptadas a las características del paciente, evitando los encarnizamientos diagnósticos y terapéuticos, así como las actitudes nihilistas que conduzcan a la infrautilización de medidas terapéuticas de probada eficacia (por ej., anticoagulación en ancianos con fibrilación auricular si no existen contraindicaciones para la misma). (11)

El fenómeno del envejecimiento de forma global, y principalmente sus aspectos biológicos, fisiológicos y patológicos obligan al personal sanitario a conocer las peculiaridades del anciano enfermo para mejorar la calidad de su asistencia, así como la necesidad de crear recursos específicos que ubiquen al anciano en el lugar adecuado según sus necesidades sociosanitarias, gestionando óptimamente los medios de los que disponemos. (11)

2.1.4. DESCRIPCION DE LOS SINDROMES GERIATRICOS

Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. Son, en definitiva, un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales; por ello, raramente son abordados en capítulos específicos de los libros habituales de patología clínica. Es una forma habitual de presentación de las enfermedades en los ancianos y exigen una cuidadosa valoración de su significado y etiología para realizar un correcto tratamiento y no caer en el frecuente «viejismo» como modo de interpretar una situación patológica, sea cual sea la edad del individuo. (12)

Aun sabiendo la importancia de estos cuadros, existen pocos estudios epidemiológicos en la literatura centrados en la prevalencia de los mismos, manteniéndose el patrón habitual de la enfermedad individualizada y, en el mejor de los casos, su repercusión funcional y mental. Suelen ser fuente de incapacidad funcional o social del enfermo que los padece. Se conocen como «los gigantes de la geriatría», y su conocimiento resulta imprescindible para realizar una correcta valoración geriátrica. Su detección y estudio protocolizado es una exigencia ante cualquier paciente anciano. (12)

Los síndromes geriátricos son magníficamente definidos por Kane, en 1989, en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* como problemas geriátricos, permitiendo a través de una regla nemotécnica su memorización por medio de la regla de las «ies»:

- *Immobility*: inmovilidad.
- *Instability*: inestabilidad y caídas.
- *Incontinence*: incontinencia urinaria y fecal.

- *Intellectual impairment*: demencia y síndrome confusional agudo.
- *Infection*: infecciones.
- *Inanition*: desnutrición.
- *Impairment of vision and hearing*: alteraciones en vista y oído.
- *Irritable colon*: estreñimiento, impactación fecal.
- *Isolation (depression)/insomnio*: depresión/insomnio.
- *Iatrogenesis*: yatrogenia.
- *Immune deficiency*: inmunodeficiencias.
- *Impotence*: impotencia o alteraciones sexuales.

En geriatría es útil pensar en términos de problemas más que en enfermedades concretas aisladas, y el grupo de las «ies» es un buen auxiliar de recuerdo, ayudándonos a su búsqueda y detección, ya que en muchas ocasiones son achacados al propio envejecimiento. Además, en los pacientes de edad avanzada no es frecuente asociar un síntoma a una única etiología, sino que puede tener varias razones, y al disponer de estos síndromes con su amplio diagnóstico diferencial facilita encontrar la causa y aplicar soluciones. (13)

Debemos desterrar de la mente la idea de que los procesos patológicos en la vejez siguen el modelo clásico de enfermedad; esto sólo ocurre en la mitad de los pacientes geriátricos, es frecuente que en los ancianos diferentes factores de morbilidad actúen de forma sumatoria. Es necesario un rápido reconocimiento y tratamiento de estos cuadros para conseguir la recuperación del paciente y no desarrollar una enorme cascada de efectos adversos que generan mayor morbi-mortalidad en este grupo poblacional, especialmente predispuesto a la yatrogenia. (14)

Desde el punto de vista de la Medicina y el médico tradicional, los pacientes ancianos se presentan ante nosotros como un problema que no hemos aprendido a resolver en los libros de texto habituales que manejamos en la práctica clínica habitual. En la Medicina clásica, un acto médico se reduce a un diagnóstico y un tratamiento, siendo el principal objetivo el hallazgo de una enfermedad que explique todos los síntomas a los que nos enfrentamos en un determinado paciente. (14)

Las personas mayores presentan varias enfermedades diferentes, agudas o crónicas, relacionadas o no, y en ocasiones las interacciones entre ellas hace que el manejo clínico del anciano no sólo sea difícil, sino que llega a constituir un reto su abordaje, reto que todo el personal sanitario (médicos de distintas especialidades médicas y quirúrgicas, así como enfermeras, terapeutas...), actuales y futuros debe aceptar y afrontar mediante una formación geriátrica adecuada a las necesidades del paciente. (15)

2.2. SALUD MENTAL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”. (16)

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar. (16)

Otro aspecto inherente a la política social, es que la salud mental se relaciona al igual que la salud física, con la pobreza, en donde la incidencia de estos padecimientos exige de los afectados mayor proporción de los pocos ingresos que generan, además de lo incapacitantes que resultan, que como consecuencia disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por tanto de los núcleos familiares. (17)

2.2.1. PROBLEMAS ASOCIADOS CON LA ALTERACION DE LA SALUD MENTAL

2.2.1.1. DECLIVE COGNITIVO E INTELECTUAL

Con la edad, las funciones cognitivas pueden mantenerse estables o declinar. En general, las funciones cognitivas que se mantienen estables incluyen el período de atención, las destrezas de comunicación cotidianas, muchas destrezas de lenguaje (p. ej., la sintaxis), la capacidad para comprender el discurso y la percepción visual simple. El vocabulario puede incluso mejorar en personas en su novena década de vida. Las funciones cognitivas que declinan incluyen la atención selectiva, la denominación de objetos, la fluidez verbal, las destrezas visuoespaciales complejas y el análisis lógico. (18)

El aprendizaje de nuevas tareas complejas y de lenguas extranjeras se hace más difícil con la edad. Los cambios en la memoria relacionados con la edad varían según el tipo de función de la memoria; la capacidad para adquirir, almacenar y recuperar nuevos recuerdos puede estar reducida, mientras que la capacidad para recuperar los recuerdos que se han almacenado y consolidado durante largos períodos se mantiene estable. (18)

El menor rendimiento de la memoria puede mejorarse mediante estrategias de adaptación. Las capacidades intelectuales alcanzan su máxima expresión durante la cuarta década de vida, se mantienen estables durante la sexta y la séptima, y declinan de manera variable durante los últimos años de la octava. La depresión, la ansiedad y otros trastornos psiquiátricos pueden interferir también en la cognición. La seudodemencia (p. ej., depresión o psicosis que imitan la demencia) es una forma extrema de esta interferencia. (18)

2.2.1.2. CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD Y LA CONDUCTA

La personalidad se mantiene estable con la edad, aunque la estabilidad de la conducta es motivo de controversia. Normalmente, la capacidad de adaptación conductual y psicológica se mantiene, y por lo regular no retrocede o se vuelve rígida. Las conductas o rasgos cada vez más exagerados, inadaptados e imposibles de modificar pueden indicar problemas psicológicos o neurológicos, y no el envejecimiento normal. (19)

En general, los ancianos débiles o discapacitados son más precavidos que los jóvenes. La cautela excesiva en las personas de edad puede indicar ansiedad subyacente o un trastorno físico relacionado; sin embargo, en personas débiles o discapacitadas, puede reflejar buen juicio. Los ancianos suelen adaptarse al concepto de muerte inminente después de hacerse conscientes de ella (a veces de manera brusca) durante la mediana edad. Aunque piensan a menudo en la muerte, la temen menos que otros grupos de edad. (19)

Los pensamientos o conversaciones sobre la muerte son más habituales entre los ancianos, que probablemente tienen entre sus iguales y parientes personas que han muerto o se están muriendo. La enfermedad terminal o la depresión subyacente u otros conflictos emocionales predisponen a algunos ancianos a la ansiedad sobre la muerte, que a veces puede llevar al desaliento. La capacidad para afrontar este estrés se mantiene o mejora con la edad. (19)

2.2.1.3. EFECTOS DE LA DISFUNCIÓN PSICOLÓGICA SOBRE LA SALUD FÍSICA

Los ancianos que experimentan pérdidas significativas (p. ej., la pérdida de un cónyuge o compañero, el nivel socioeconómico, la salud física o la independencia global) tienen a menudo disminuida la autoestima y aparecen deprimidos. La pérdida de control sobre la propia vida puede resultar tan perturbadora que quizá se traduzca en síntomas físicos, que representan esfuerzos inadaptados para controlar a otras personas, captar la atención o enviar una señal de ayuda. (19)

El leve declive físico no siempre indica envejecimiento fisiológico o la sutil progresión de una enfermedad física subyacente. En un estudio con hombres y mujeres mayores de 60 años deprimidos, más del 60% comunicaron síntomas físicos. La naturaleza y la tasa del declive físico en un paciente que está clínicamente deprimido, puede reflejar la voluntad de vivir o de morir. (19)

Muchos ancianos no internados en residencias presentan el mismo grado de discapacidad física que los internados; la diferencia parece estar en la existencia de familiares, la disponibilidad de otros tipos de apoyo social y los trastornos psiquiátricos asociados. La coexistencia de trastornos físicos y psicológicos puede

precipitar un declive físico o psicológico adicional. Un anciano débil con depresión o psicosis puede no ser capaz de tomar correctamente los fármacos para combatir sus enfermedades físicas. (19)

2.2.2. VALORACIÓN DE LA ESFERA MENTAL Y FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO DE SALUD MENTAL

En la valoración del estado mental es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva, como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. (20)

La fragilidad cognitiva depende de:

- 1) Variables orgánicas;
- 2) Factores psicosociales, y
- 3) Entidades clínicas, como HTA (hipertensión arterial), DM (diabetes mellitus), ACV (enfermedad cerebro vascular), enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), polifarmacia y alteraciones en los órganos de los sentidos.

En cuanto a la fragilidad afectiva, hay que recordar que un 25% de los ancianos padecen algún trastorno psíquico y que los trastornos por ansiedad y depresión son los más frecuentes en este grupo de edad, por lo que la identificación de factores de riesgo asociados a ellos podría ser una forma de identificar al anciano afectivamente frágil (20).

Dentro de los *factores de riesgo de depresión* se incluyen:

- 1) Factores biológicos (antecedentes familiares, cambios en la neurotransmisión asociados a la edad, sexo y raza).
- 2) Factores médicos (no se debe olvidar que la prevalencia de depresión en ancianos cuando existe patología médica asociada alcanza el 54%), como enfermedades específicas (ACV, enfermedad de Parkinson, neoplasias...), enfermedades crónicas especialmente asociadas a dolor o pérdida funcional, enfermedades terminales, polifarmacia, privación sensorial.

- 3) Factores funcionales, que al interaccionar con la depresión conducen a un pronóstico negativo.
- 4) Factores psíquicos: episodios depresivos previos, alcoholismo, ansiedad, demencia.
- 5) Factores sociales, tales como la viudez, hospitalización, soledad, bajos recursos socioeconómicos, escaso soporte social y pérdidas recientes.

En cuanto a los *factores de riesgo de ansiedad*, destacar:

- 1) Factores biológicos, como predisposición genética y trastorno por ansiedad previo.
- 2) Factores físicos, en los que se incluyen enfermedad dolorosa, cambio reciente en el estado de salud, enfermedades médicas y efectos secundarios de fármacos.
- 3) Factores psicológicos, trastorno de la personalidad, depresión mayor, demencia, insomnio crónico.
- 4) Factores sociales (similares a los descritos en factores de riesgo de depresión).

Para llevar a cabo la evaluación mental contamos con la realización de la historia clínica, exploración física y neurológica, exploraciones complementarias, observación del comportamiento del paciente y aplicación de cuestionarios. Se puede complementar la información con el cuidador principal del paciente o familiar que le acompaña, quienes aportan información fundamental acerca de los cambios observados en la situación funcional, mental y social del anciano, cambios en el carácter y aparición de trastornos en el comportamiento (21).

2.2.2.1. VALORACION COGNITIVA

La prevalencia de deterioro cognitivo en el anciano es alta (20% en los mayores de 80 años), aunque varía en función de la población estudiada (siendo mayor en residencias asistidas y menor en pacientes que viven en domicilio) y en función de la metodología empleada en el estudio (22).

La importancia del deterioro cognitivo viene dada no sólo por su elevada prevalencia, sino por la tendencia a la asociación con trastornos conductuales, por la mayor utilización de recursos socio sanitarios, apareciendo durante su curso

alguno de los principales síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, caídas, impactación fecal, úlceras por presión), por su imbricación directa sobre las esferas funcional y social y por el peor pronóstico rehabilitador. (22)

Conocer el grado de deterioro cognitivo nos permite, por un lado, estimar la calidad de la información que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad y valorar su capacidad para comprender la información que recibe. La evaluación cognitiva, además, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras. (22)

Por lo general, el proceso de diagnóstico se inicia ante la queja del paciente o de sus familiares de pérdida de memoria. La queja suele ser de tipo cognitivo, aunque no es rara la consulta por un trastorno conductual o afectivo (depresión, apatía, ideas delirantes, alteraciones del comportamiento). El paciente con deterioro cognitivo no suele ser consciente de sus fallos y encuentra excusas para sus olvidos, por lo que casi siempre es la familia quien solicita la consulta (23).

No obstante, sigue siendo frecuente encontrar ancianos con deterioro cognitivo grave a quienes la familia nunca ha detectado problemas de memoria, achacando todo a «cosas de la edad». Por este motivo, independientemente de lo que diga tanto la familia como el paciente, resulta conveniente hacer una pequeña exploración mental que, a modo de *screening*, permita detectar cualquier problema a este nivel. (23)

¿El deterioro cognitivo observado cumple criterios de demencia?

Los criterios DSM IV para la definición de demencia son los siguientes:

- Déficit cognitivo múltiple que afecta a la memoria y, al menos, uno de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia o deterioro de las funciones ejecutivas (planificación, secuencia correcta).
- Los déficit cognitivos causan un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional respecto al nivel previo.

- Los déficit no se presentan únicamente en el curso de un delirium y no son causados por una depresión.

Resulta clave el apartado que apunta que el déficit cognitivo presente sea capaz de causar un deterioro significativo en el funcionamiento social y ocupacional respecto al nivel previo. A menudo se cae en el error de evaluar únicamente la repercusión sobre las actividades básicas de la vida diaria; es decir, las del autocuidado, como lavarse, vestirse, alimentarse, cuando en realidad éstas se afectan en estadios avanzados de la enfermedad. (24)

Así, ante la presencia de un deterioro cognitivo de inicio, habrá que evaluar la capacidad para realizar actividades más complejas; por ejemplo, en un empresario, la habilidad para manejar el dinero, o en una modista, la capacidad para cortar el patrón de una falda (24).

El delirium y la depresión son los principales diagnósticos diferenciales que nos debemos plantear en un paciente con deterioro cognitivo. En contraste con el inicio repentino del delirium, el comienzo de la demencia suele ser insidioso. En ambos casos hay un trastorno cognoscitivo, pero en la demencia estos cambios son más estables en el tiempo y no fluctúan a lo largo del día. Uno de los criterios de definición del delirium es la oscilación del nivel de conciencia a lo largo del día. (24)

¿De qué tipo de demencia se trata?

Realizar el diagnóstico etiológico de la demencia es complicado. Por lo general, los datos de la historia médica, junto con baterías de exploración neuropsicológica, la neuroimagen y la propia evolución del cuadro clínico nos ayudarán a lo largo del seguimiento del paciente a hacer una aproximación diagnóstica. No obstante, resulta útil la clasificación topográfica de las demencias, según el perfil clínico, en demencia cortical o subcortical. (25)

¿Cómo repercute el deterioro cognitivo en la funcionalidad del paciente y a nivel familiar y social?

La alta prevalencia de síntomas conductuales y psíquicos en la demencia, así como las implicaciones sobre la calidad de vida, tanto del paciente como de su cuidador principal, hacen indispensable la valoración en busca de síntomas de sobrecarga. Se puede realizar de forma libre con entrevista clínica o dirigida mediante el empleo de escalas. Una de las escalas utilizadas con este fin es la *escala de Zarit* de sobrecarga del cuidador, que explicaremos en la valoración social. (25)

2.2.2.2. VALORACION AFECTIVA

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. Los síntomas depresivos y las alteraciones del estado de ánimo pueden encontrarse hasta en el 20% de los varones y el 40% de las mujeres.

Tiene importantes repercusiones sobre la calidad de vida, la situación funcional y cognitiva. Prolonga las estancias hospitalarias y es fuente de numerosas consultas, ingresos y tratamientos. Pese a que sigue siendo más frecuente entre las mujeres, con la edad esta diferencia se reduce (26).

El diagnóstico de depresión es eminentemente clínico; se puede realizar a través de la entrevista, insistiendo en acontecimientos vitales desencadenantes, y la observación de detalles, como la forma de caminar, actitud, aspecto, aseo y tono de voz del anciano. Los criterios DSM-IV se desarrollaron utilizando sujetos jóvenes y no siempre son aplicables a personas mayores. (26)

Es más frecuente la presentación en el anciano con síntomas somáticos, como pérdida de peso e irritabilidad, ansiedad o deterioro en la capacidad funcional en lugar de humor triste y astenia.

La ansiedad es, junto con la depresión, uno de los principales síntomas afectivos en la tercera edad, y constituye un estado emocional de malestar y aprensión desproporcionada al estímulo que la desencadena. Tiene repercusiones sobre la calidad de vida, el rendimiento en funciones cognoscitivas, agrava los cuadros depresivos y molestias físicas. En el anciano es más frecuente la ansiedad como síntoma que como enfermedad. (26)

Al igual que los síndromes depresivos, la ansiedad es difícil de detectar en el anciano, dado que se puede presentar mediante síntomas localizados en cualquier órgano o sistema, planteando un amplio abanico de diagnósticos diferenciales, como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, el hipertiroidismo, etc. (26)

2.2.2.3. VALORACION SOCIAL

Aunque la valoración social exhaustiva es función del trabajador social, el médico debe conocer y hacer constar en su historia todos aquellos datos que puedan ser de interés y tengan repercusión presente o futura sobre el anciano. Permite conocer la relación entre el anciano y su entorno. (27)

Aspectos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un anciano. En función de ellos podremos ubicar al paciente en el nivel asistencial adecuado y tramitar los recursos sociales que va a precisar. Pongamos el caso de un varón de 82 años, viudo, que vive en un tercer piso sin ascensor y que ingresa en una unidad de emergencia por un accidente cerebrovascular con hemiplejía izquierda secundaria. (27)

Una vez estabilizado, el paciente inicia la recuperación funcional, siendo capaz a los diez días de caminar con ayuda de andador, pero es dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (aseo, vestido). Este paciente no puede ser dado de alta a su domicilio dada la ausencia de un soporte familiar que asegure el cuidado del paciente. (27)

2.2.3. TRASTORNOS MENTALES MÁS FRECUENTES EN ANCIANOS

2.2.3.1. TRASTORNOS SOMATOFORMES

Grupo de trastornos psiquiátricos caracterizado por síntomas físicos que hacen pensar en un trastorno físico, en los efectos directos de un trastorno psiquiátrico o en el abuso de drogas, pero que no se explican plenamente por ellos. Los síntomas físicos pueden producir malestar suficiente como para llevar al paciente

a buscar atención médica y para ocasionar deterioro social, ocupacional o de otras áreas del funcionamiento. (6)

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) se incluyen varios trastornos somatoformes, pero son tres los relevantes para los ancianos: el trastorno de somatización, el trastorno somatoforme indiferenciado y la hipocondría. (6)

El trastorno de somatización, un trastorno crónico, es poco frecuente entre los ancianos, aunque es algo más habitual entre las mujeres (0,2-1,0%) que entre los hombres (<0,2%). El diagnóstico requiere extensos antecedentes de numerosos síntomas físicos sin hallazgos objetivos, que se inician como tarde a los 30 años. El paciente se debe quejar de síntomas en al menos cuatro categorías: síntomas de dolor en un mínimo de cuatro lugares diferentes (p. ej., la cabeza, el abdomen, la espalda, las extremidades), al menos dos síntomas gastrointestinales (p. ej., náuseas, vómitos, diarrea), al menos un síntoma sexual o reproductivo (p. ej., disfunción eréctil) y al menos un síntoma neurológico (p. ej., deterioro de la coordinación, parálisis, dificultad para tragar). (6)

El trastorno somatoforme indiferenciado, una forma menos grave de somatización, es más frecuente y afecta al 3-5% de los ancianos. El rasgo central es un síntoma físico o más, sin hallazgos objetivos que persiste durante 6 meses o más. Los síntomas son menos numerosos y no tienen que formar parte de las cuatro categorías antes reseñadas; sin embargo, deben causar malestar significativo o deterioro funcional para establecer el diagnóstico. Los síntomas más habituales son fatiga crónica, pérdida de apetito, dolor abdominal y síntomas genitourinarios. (6)

La hipocondría es la preocupación del paciente por el temor a desarrollar una enfermedad grave. Se basa en la interpretación errónea del anciano de los procesos o funciones corporales normales. Aunque los síntomas específicos pueden variar con el tiempo, las preocupaciones hipocondríacas duran al menos 6 meses, a pesar de la evaluación y las palabras tranquilizadoras del médico. Los ancianos hipocondríacos pueden tener también un trastorno médico o más, pero estas afecciones no explican la naturaleza o la gravedad de los síntomas comunicados. (6)

A pesar de las similitudes significativas entre los trastornos somatoformes, la diferenciación suele resultar sencilla. El trastorno de somatización y el trastorno somatoforme indiferenciado difieren en el número y en los tipos de síntomas, así como en la gravedad. El trastorno de somatización se caracteriza por múltiples síntomas, mientras que el trastorno por dolor somático se centra en el dolor, habitualmente en un lugar. La hipocondría se diferencia por la preocupación por el origen subyacente de los síntomas. (6)

Los trastornos somatoformes deben diferenciarse del intento consciente o intencional de parecer físicamente enfermo, como ocurre en el trastorno facticio o en la simulación. En el trastorno facticio, muy infrecuente en los ancianos, la motivación consciente es asumir el rol de enfermo, obteniendo evaluación médica y tratamiento. En la simulación, que es más frecuente, se experimenta ganancia externa por las recompensas asociadas con el hecho de permanecer enfermo, por ejemplo las retribuciones económicas o la evitación del deber. (6)

Los trastornos médicos se excluyen basándose en la historia, la exploración física y las pruebas de laboratorio. Aunque hay que evitar los exámenes amplios, el médico debe recordar que el paciente que acude con un trastorno somatoforme también puede presentar un grave problema médico. La depresión se excluye por la cronicidad de los síntomas somáticos y por la ausencia de síntomas depresivos (p. ej., desesperanza, agitación, confusión). (28)

La meta del tratamiento es mejorar la calidad de vida del paciente y controlar el uso de los servicios médicos. El tratamiento para los tres trastornos somatoformes antes descritos es similar. En primer lugar, el médico procura excluir la posibilidad de un trastorno físico, mientras subraya al paciente la dificultad para realizar un diagnóstico específico y expresa su disposición a trabajar con él, a pesar de la evidente complejidad. (28)

En el trastorno de somatización, los medicamentos rara vez son eficaces, y si el paciente accede a una consulta psiquiátrica, la psicoterapia casi nunca es beneficiosa. Normalmente, el mejor tratamiento es una relación tranquila, firme y de apoyo, con un médico que ofrezca alivio sintomático y que proteja al paciente de procedimientos diagnósticos y terapéuticos agresivos. (28)

La mayoría de los pacientes desean algún tipo de fármaco y la selección debe hacerse con precaución. Por ejemplo, los que tienen dificultad para dormir y además otros síntomas pueden responder positivamente al consumo ocasional de un hipnótico suave. Deben evitarse los fármacos que es probable que produzcan efectos adversos, como los antidepresivos tricíclicos, y también los que puedan resultar adictivos. La prescripción de un placebo, si el paciente la descubre, daña por lo general la relación médico-paciente. (28)

Una vez efectuado el diagnóstico, se debe examinar al paciente en un régimen regular durante 4-6 semanas. Transcurrido dicho período, el tiempo entre las citas suele dilatarse. Cada cita con el paciente debe durar un período especificado de tiempo, por lo general 10-15 minutos; este límite debe ser comunicado al paciente al iniciar el tratamiento. El médico debe concluir la cita puntualmente, incluso cuando el paciente comunica lo que parece ser información importante al final. Se le debe animar a que comente sus preocupaciones sólo durante la visita programada, y disuadirle de realizar llamadas telefónicas y de otros métodos de buscar atención adicional. (28)

Es preferible no hacer comentarios positivos o negativos sobre los médicos que han tratado antes el trastorno somatoforme. Aunque puede resultar tentador defender o criticar el tratamiento de otro médico, es mejor centrar la atención del paciente en el presente y en el análisis de otros factores que no sean los síntomas físicos. (28)

2.2.3.2. DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL)

El deterioro cognitivo y la demencia, constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados. Dada su relación con la edad, constatamos en la última década un continuo incremento tanto en su incidencia como en su prevalencia, secundariamente al aumento progresivo de la longevidad en la población. (28)

Hasta hace pocos años, el deterioro cognitivo leve se relacionaba con el proceso propio del envejecimiento y se detectaba en estadios avanzados de enfermedad. En la actualidad, y gracias en gran medida a los medios de comunicación y al estudio en profundidad de la enfermedad, se ha conseguido

que estos pacientes sean evaluados en estadios cada vez más precoces y, por tanto, se consiga incidir sobre el curso y el entorno social del paciente y la familia. (28)

Los cambios a nivel cognitivo pueden ser atribuidos a múltiples factores vinculados al envejecimiento, que pueden considerarse *extrínsecos*, tales como enfermedades edad-dependientes con repercusión cerebral (enfermedad cerebrovascular, hipertensión, diabetes, endocrinopatías), patología psiquiátrica, aislamiento sociocultural, alteraciones sensoriales y el propio proceso de envejecimiento. (28)

No menos importantes son los factores *intrínsecos* del individuo que influyen sobre el devenir de la enfermedad, tales como la reserva funcional y estructural cerebral, la dotación genética, así como el grado de adaptación a los cambios durante su vida. Pese a los esfuerzos en el área de la investigación para definir la frontera existente entre lo normal y lo patológico, la experiencia nos demuestra que no es nada fácil. (28)

Se sabe que, en ausencia de enfermedad neurológica o sistémica, el anciano sano presenta un decremento pequeño en el área cognitiva, deteriorándose primero las habilidades visuoespaciales, de cálculo y de aprendizaje, mientras que se conservan mejor las habilidades verbales y conocimientos generales. (28)

2.2.3.2.1. Definición

Ya desde mediados del siglo pasado, Kral propuso el concepto clínico de *olvido benigno del anciano* como una alteración aislada de la memoria; posteriormente otros autores han elaborado distintas nomenclaturas para un concepto casi nosológico, tales como *deterioro de memoria asociado a la edad*. Por fin, a finales de los noventa surge el concepto de *deterioro cognitivo leve* definido por Petersen, esbozando las diversas subclasificaciones y es actualmente el más usado. (29)

En estas denominaciones están incluidos aquellos que no presentan criterios clínicos de ninguna entidad neurodegenerativa, pero que presentan un rendimiento anormal en las baterías neuropsicológicas. Las distintas definiciones tienen muchos puntos en común: alteración subjetiva de la memoria, su confirmación objetiva en baterías neuropsicológicas generales y preservación de las actividades habituales. (29)

Aunque inicialmente el punto clave diagnóstico se centraba en la pérdida de memoria, estando orientado a la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer, en los últimos años, coincidiendo con los artículos de Petersen, se ha ampliado el concepto, tras observar la existencia de otros patrones clínicos, reconociéndose tres subtipos de DCL, según afecte exclusivamente a la memoria (el más frecuente), a múltiples áreas cognitivas, o a una sola, distinta de la memoria. (30)

Esto podría favorecer la identificación de patrones de distintas etiologías (degenerativa, vascular, alteraciones metabólicas, enfermedades psiquiátricas, etc.). Pese a ser una entidad muy heterogénea, todos los estudios coinciden en la necesidad de realizar un reconocimiento precoz y seguimiento estrecho de la misma, ya que tiene una alta tasa de conversión a demencia (23 a 47% en 2,6 años, según el criterio de definición). (30)

2.2.3.2.2. Factores pronósticos

Por lo que respecta a nuestra propia actuación médica, es indudable que podríamos mejorar el pronóstico al actuar más tempranamente; además, ello nos permitiría conocer las decisiones del paciente sobre sus cuidados futuros. Por otra parte, es destacable reseñar que el deterioro cognitivo leve se asocia con una significativa morbilidad, duplicando el riesgo de fallecimiento en los siguientes años respecto al de la población sin deterioro, triplicándose, asimismo, el riesgo de institucionalización. (31)

Los estudios longitudinales realizados destacan un ratio de conversión a demencia de entre un 10 a un 15% por año. Se han descrito factores de riesgo que determinan mayor probabilidad de evolución a enfermedad de Alzheimer, como son la apolipoproteína Eépsilon 4, la reducción de volumen hipocámpico o atrofia de corteza entorrinal en estudios de neuroimagen o el aumento de la proteína tau, acompañado o no de un descenso de beta-amiloide 42 en el LCR. (31)

2.2.3.3. DEMENCIA

2.2.3.3.1. Concepto

En el comienzo de un nuevo siglo aparece como grave problema en el área de salud, y sobre todo en los países más avanzados, el aumento vertiginoso de

casos de sujetos afectados por una enfermedad terriblemente discapacitante como es la demencia. Es una enfermedad ligada a la edad, por lo que uno de los factores que han contribuido a incrementar su incidencia y prevalencia en las últimas décadas se deriva del envejecimiento progresivo de la población. (32)

La demencia es un síndrome que ha de entenderse como un declinar de las funciones superiores, entre ellas la memoria, en relación con el nivel previo de los pacientes. Adicionalmente, completando el cuadro sintomático, se suelen sumar alteraciones psicológicas y del comportamiento, produciendo en el sujeto una discapacidad progresiva. (32)

El síndrome demencial debe cumplir las siguientes características: presentar un nivel de conciencia normal, ser adquirido y persistente en el tiempo, afectar a diferentes funciones y ser de suficiente intensidad como para tener repercusión en el funcionamiento personal, laboral o social. (32)

2.2.3.3.2. Epidemiología

Se define la prevalencia de una enfermedad como el número total de afectados en un momento puntual «la foto de la enfermedad». A diferencia de la incidencia, que es el número de nuevos casos en un período de tiempo determinado «la película de la enfermedad». Los estudios epidemiológicos en el anciano con demencia presentan una variabilidad metodológica significativa. Existen más de cien estudios sobre la prevalencia en la demencia y cuatro grandes meta análisis (33).

Roca y cols, recogen datos sobre seis países europeos y se obtiene una prevalencia del 0,3% en el grupo de población entre 60-69 años, 3,2% entre 70-79 años y se llega al 10,8% en el grupo etario de más de 80 años. Las formas severas suponen alrededor del 4% del total de la distribución global. (33)

En el estudio Toledo, realizado en nuestro país, la prevalencia fue del 8%, aumentando con la edad, siendo del 1% en el grupo de 65-69 años, 3% en el de 70-74, 9% en el de 75-79, 16,5% en el de 80-84 y 23,5% en la población de más de 85 años. Corrada y cols, recogen 15 estudios encontrando una gran variabilidad entre los estudios en función de la metodología utilizada. (33)

Como conclusiones de los estudios de prevalencia podemos establecer:

1. Todos los estudios encuentran tasas de prevalencia que se incrementan con la edad.
2. Los estudios metodológicamente similares obtienen resultados de prevalencia similares. Los estudios sobre incidencia son mucho menos numerosos debido a las mayores dificultades metodológicas que conllevan. (31,32)

La incidencia anual de demencia se ha establecido entre 0,1-0,8% en la población mayor de 60 años, incrementándose con la edad, con ligera tendencia a disminución en las últimas décadas. En el estudio Girona, la incidencia se estableció en 2,3% en la población mayor de 75 años (2,6 en mujeres y 1,9 en hombres), aumentando con la edad, siendo de 1,2% en el grupo de 75-79, 2,6% en el de 80-84 y 4% para el grupo de mayores de 85 años. (34)

Como conclusiones de los estudios de incidencia podemos establecer:

1. Las diferencias entre tasas de incidencia se relacionan con el grado de la demencia que se valora.
2. La tasa de incidencia aumenta con la edad, aunque existen pocos datos para las edades más extremas.

La mortalidad es el número de fallecimientos en un intervalo de tiempo. La información se obtiene a partir de los certificados de defunción, estimándose en España la demencia como causa de muerte en 1,4/100.000 habitantes. Debemos tener en cuenta que la demencia no suele ser establecida como causa principal de muerte, sino que suelen serlo los procesos intercurrentes asociados. (34)

2.2.3.4. DELÍRIUM O SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

2.2.3.4.1. Introducción

El síndrome confusional agudo (SCA) es uno de los trastornos cognitivos más importantes en el anciano, tanto por su prevalencia como por su pronóstico. Puede ser la forma clínica de presentación de patologías graves o aparecer en el curso de ellas, a veces asociado al tratamiento farmacológico utilizado. El desarrollo de un SCA o delirium tiene importancia desde el punto de vista económico y social, ya que los enfermos requieren cuidados especiales del

personal sanitario, tienen mayor riesgo de caídas, estancias hospitalarias más prolongadas y mayor institucionalización. (35)

De todo ello deriva la necesidad de un diagnóstico correcto y precoz por parte del médico, y, lo que es más, serían necesarias medidas de prevención en forma de protocolos dirigidos no sólo al personal médico, sino enfermería, auxiliares, cuidadores. (35)

2.2.3.4.2. Definición

El SCA es un síndrome de causa orgánica, en ocasiones plurietiológico, que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas funciones cognitivas, como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción. Tiene un comienzo agudo y un curso fluctuante pudiendo durar varios días. (36)

Los pacientes con delirium tienen una alteración del nivel de atención, está disminuida su capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, además de la alteración de la percepción que puede hacer que el paciente malinterprete la realidad, tenga ilusiones o alucinaciones, pudiendo esto condicionar su comportamiento y expresar miedo o agresividad ante estímulos externos. (36)

El paciente suele comenzar con desorientación temporo-espacial, aumento o disminución de la actividad psicomotriz y con trastorno del ciclo vigilia-sueño. Fases de agitación psicomotriz y desorientación suelen alternar con fases de somnolencia diurna. Por tanto, el delirium suele desarrollarse durante la noche y en lugares con escaso estímulo ambiental y desconocido para el paciente. (36)

Todas estas características se recogen en los criterios diagnósticos del DSM IV de 2002:

1. Alteración de la conciencia con disminución para centrar, mantener o dirigir la atención adecuadamente.
2. Cambio en las funciones cognitivas o alteración perceptiva.
3. La alteración se presenta en un corto período de tiempo (horas o días) y tiende a fluctuar durante el día.
4. Demostración a través de la historia clínica, la exploración física y los exámenes complementarios de una etiología orgánica.

Por todo ello, el delirium debe ser entendido como una enfermedad médica potencialmente tratable y, lo que es más importante, prevenible.

2.2.3.4.3. Epidemiología

Algunos estudios revelan que entre el 20 y el 40% de los pacientes ancianos ingresados presentan un SCA en algún momento de su estancia hospitalaria. Es un fenómeno que cada vez se observa con mayor frecuencia en los ancianos hospitalizados.

La incidencia y prevalencia de este trastorno varían según la edad, el paciente y el lugar de hospitalización. La incidencia aproximada del delirium está entorno al 10-15%, y su prevalencia llega a estar entre el 10-40% (33, 34).

La prevalencia del delirium en la población general mayor de 55 años está en torno al 1%. Es un problema especialmente prevalente en las unidades ortopédicas y quirúrgicas. Afecta al 10-52% durante el postoperatorio (el 28-61% tras cirugía ortopédica y dentro de ésta, el 50% tras cirugía de cadera). (37)

Se puede llegar a dar hasta en un 25% de las personas mayores de 70 años con cirugía abdominal mayor. En cirugía general, la prevalencia se sitúa entre el 5 y el 11%. Parece que afecta con mayor frecuencia a hombres, sobre todo en la población anciana. Tienen también mayor predisposición aquellos pacientes que han sufrido un SCA previo. (38)

Se ha estimado que la mortalidad hospitalaria de pacientes con delirium varía del 11 al 41%, y que su mortalidad al año es de un 38%. El desarrollo de un SCA durante el ingreso parece aumentar en unos siete días la estancia hospitalaria. (34)

Si tenemos en cuenta a los pacientes institucionalizados, hasta el 55% de éstos pueden desarrollar un delirium. Como el subtipo hiperactivo del SCA es el más frecuente y fácil de diagnosticar, un 32-66% de los síndromes confusionales agudos pasan desapercibidos por el médico siendo infra diagnosticado (38).

2.2.3.5. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

2.2.3.5.1. Definición y concepto

Las definiciones más aceptadas hoy en día son las descritas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia; y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV): episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único y recidivante, trastorno distímico y trastorno no especificado. (39)

Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV existe otro grupo de trastornos depresivos incluidos en los llamados trastornos adaptativos que pueden presentarse con sintomatología depresiva, bien pura o bien mezclada con alteraciones de ansiedad, de la conducta o de las emociones. (39)

Es interesante matizar que en ninguna clasificación existen subtipos específicos por la edad. La llamada depresión vascular es un tema controvertido; aparece por lesiones vasculares cerebrales (40).

Su clínica de presentación puede ser diferente, con un enlentecimiento en las funciones motoras y una disminución de interés por las actividades, alteración de la fluencia verbal, menor capacidad ejecutiva con alteración en la capacidad de iniciación, no se suele asociar síntomas psicóticos, tiene menor agregación familiar y más anhedonia y un mayor grado de alteración funcional comparada con la depresión no vascular. (40)

2.2.3.5.2. Formas clínicas de la depresión en el anciano

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, y, de este modo, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban en estos pacientes. (41)

Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor abdominal, estreñimiento, dolor músculo-esquelético difuso, cefalea, parestesias..., por lo que el examen ha de ser

cauteloso en ambos sentidos. Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano. La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión (se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud). (41)

Por otra parte, la depresión se asocia a una alteración funcional debido quizás a una alteración emocional, a un declive en la función cognitiva y física. Afecta a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión, sin olvidar que no es inevitable el declive funcional en el curso de esta patología y su reversibilidad, al menos en parte. (41)

Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano:

- Acentuación patológica de los rasgos premórbidos.
- Escasa expresividad de la tristeza.
- Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- Expresión en formas de quejas somáticas.
- Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio.
- Posibles trastornos de conducta. Irritabilidad.
- Presencia de comorbilidad. Pluripatología.
- Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- Presencia de polifarmacia.

La privación neurosensorial frecuente en la senectud puede predisponer a la depresión. (42)

Se describe un gran listado farmacológico causante de síntomas y signos depresivos. Muchas son también las enfermedades asociadas a la depresión. Mención especial requieren la demencia asociada a enfermedad de Alzheimer y la denominada depresión vascular. (42)

La depresión vascular, asociada a accidentes isquémicos cerebrales, requiere inexcusablemente para su diagnóstico el evidenciar clínicamente enfermedad vascular o factores de riesgo cardiovascular, detectar lesiones isquémicas por

neuroimagen, el inicio de la depresión en una edad tardía o presentar concomitantemente (o con clara relación causa-efecto) un agravamiento de un trastorno depresivo ya diagnosticado. (42)

La presentación clínica puede ser diferente: enlentecimiento psicomotor, ideación depresiva, baja conciencia de enfermedad, ausencia de historia familiar de trastornos depresivos, minusvalía física, asociación con deterioro cognitivo (disminución de la fluencia verbal, alteración en la nominación, menor iniciativa y perseveración), disminución de interés por las actividades, mayor anhedonia, riesgo aumentado de desarrollar síndrome confusional agudo. La comorbilidad más alta la presentan los infartos corticales y lacunares, siendo más baja en la enfermedad de Binswanger. (42)

Este concepto de depresión vascular, pese a lo anteriormente indicado, presenta actualmente marcada controversia, con estudios a favor y en contra, tanto en cuanto a su etiología como a su nosología. Los pacientes con demencia desarrollan depresión en mayor frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son muy frecuentes entre los pacientes con demencia. (42)

Secundariamente a un deterioro subjetivo de memoria, los estigmas depresivos, provocados por la propia conciencia de enfermedad, pueden aparecer inicialmente como la única clínica destacable. Por otra parte, está bien demostrado que la depresión es un factor de riesgo para padecer enfermedad de Alzheimer a los cinco años. Se puede caracterizar por los siguientes síntomas: ánimo deprimido, anhedonia, aislamiento social, disminución del apetito, insomnio, alteración psicomotora, fatiga o falta de energía, sentimiento de inutilidad y pueden estar presentes ideas de suicidio. (42)

La frecuencia de la depresión aumenta en relación a la severidad de la demencia hasta un estadio GDS 4, comenzando entonces a disminuir en la progresión de la enfermedad. Es importante destacar, asimismo, que la depresión complica el curso de la demencia por aumentar la incapacidad, la agresividad, el estrés y depresión del cuidador. (42)

En pacientes con demencia, la depresión no tratada determina un aumento de la mortalidad de la enfermedad, o que adquiere vital importancia, dado que en la práctica clínica habitual existe una gran dificultad para su detección en este tipo

de pacientes (por la pérdida de facultades, por la confusión ante la similitud de síntomas afectivos y cognitivos o por la propia presentación larvada). A pesar de esto, algunos signos nos podrían ayudar a detectar la depresión en pacientes con demencia. (42)

El suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en los países desarrollados, incrementándose con la edad, sobre todo a partir de los 65 años, duplicándose la tasa de suicidio en este grupo de edad. Es característico que la tasa de suicidios es mayor en el varón que en la mujer, teniendo esta última mayor tasa de intentos autolíticos, lo que no parece cumplirse con tanta claridad en el varón. (42)

El anciano depresivo con ideas suicidas es menos predecible y, por lo tanto, más difícil de prevenir. Los métodos violentos de suicidio son los más frecuentes en la senectud. Son factores de riesgo de suicidio identificados en el anciano:

- Síntomas depresivos: altos niveles de desesperanza.
- Déficit visual.
- Peor autopercepción de su estado de salud.
- Mala calidad de sueño.
- Limitación funcional.
- Soledad y carencia de apoyo social.
- Sexo varón, raza blanca. Viudedad.
- Enfermedades neurológicas incapacitantes.
- Enfermedades oncológicas.
- Intentos de suicidios previos.

2.2.3.5.3. Ansiedad

Los trastornos de ansiedad han sido encontrados con una alta prevalencia en el paciente anciano en todos los estudios recientes. Pero quizás sea el de Beekman y Cols, el más ilustrativo tras estratificar la muestra por edad y sexo, cifrando su prevalencia en el 10,2%. (43)

Clásicamente se han asociado a unos denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional), que también se corroboran en este estudio. (43)

Otra característica de gran interés es su asociación con dos síndromes geriátricos: depresión y demencia. De hecho, hasta el 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad y alrededor del 50% de los diagnosticados de ansiedad generalizada presentaban a su diagnóstico síndrome depresivo. Paralelamente, hasta el 35% de los pacientes con demencia presentaba síntomas de ansiedad que, sin embargo, no se correlacionaba con la propia gravedad de la demencia. (43)

Además, en el anciano, estos trastornos pueden presentarse de forma atípica u oligosintomática, predominando en su presentación los síntomas somáticos. Como ocurre en muchas áreas de conocimiento, nos encontramos con que a veces constituye una entidad única y fácilmente diagnosticable, pero en la mayoría de los casos coexiste con otras patologías, y hemos de discriminar si es primaria o secundaria, si es causa o consecuencia. (43)

2.2.3.5.4. Formas clínicas

Siguiendo la clasificación DSM IV, y por orden de frecuencia de presentación en el anciano, podemos citar:

— **Trastorno de ansiedad generalizada.** Se caracteriza por ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos. Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas: temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga (*tensión motora*) disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia (*hiperactividad autonómica*) insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad (*hipervigilancia*). (44)

Suele debutar muchos años antes, siendo considerado como un rasgo de personalidad, pero el propio envejecimiento o circunstancias relacionadas con él pueden exacerbarlo hasta hacerlo claramente patológico. La aparición tardía obliga a descartar patología orgánica concomitante o desencadenante psicógeno o social. (44)

— **Trastorno fóbico.** Consiste en un temor persistente hacia un objeto, situación o actividad. Quizás la más destacable y frecuente en el en edades previas y simplemente se agudiza. La fobia social es persistente en el anciano por causas físicas (adentencia, temblor, etc.) o psíquicas, con maniobras de evitación

(demencias). Por tanto, a veces son la única expresión de una patología de base que hay que investigar. (44)

— **Trastorno obsesivo compulsivo.** Se describe como obsesiones recurrentes, de entidad suficiente como para interferir la rutina o las relaciones laborales o sociales del individuo. Las obsesiones pueden consistir en ideas, impulsos o incluso imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas sensaciones.

Quizás la ideación obsesiva religiosa sea la más frecuente en ancianos. (44)

— **Trastorno de estrés post-traumático.** Es idéntico al de otras edades, y existen muy pocos datos en edades avanzadas. (44)

— **Trastorno de ansiedad en relación con enfermedad médica.** En geriatría, la ansiedad puede ser el síntoma único de enfermedad médica o carencia nutricional. (44)

— **Trastorno de ansiedad inducido por fármacos.** Es importante destacar que dosis incluso terapéuticas en el anciano pueden inducir ansiedad. Además, la interacción de fármacos puede alterar el metabolismo, con efectos paradójicos como la propia ansiedad. (44)

2.2.3.5.6. Diagnóstico diferencial

Con la ansiedad transitoria: que es de adaptación a una situación de estrés, pero a priori desproporcionadas.

Suelen ser más leves en el anciano y tienen menor repercusión en la actividad global. **Con las enfermedades somáticas.** Debemos sospechar causa médica si existe una relación temporal con la introducción de un nuevo fármaco o con el diagnóstico reciente de una enfermedad, si apreciamos manifestaciones atípicas de la enfermedad, como crisis de angustia de aparición tardía o si existe resistencia al tratamiento con los fármacos ansiolíticos convencionales a dosis adecuadas. (44)

Con el deterioro cognitivo. Está muy descrito que el deterioro amnésico puro cursa con trastorno de ansiedad en los pacientes en los que les preocupa mucho su deterioro, pero quizás es en las fases más evolucionadas de la enfermedad

cuando son más frecuentes las alteraciones de conducta que cursan con ansiedad importante. (39)

Con el delirium. Sobre todo la situación vivencial que acompaña a las alucinaciones visuales. (44)

Con la depresión. Frecuentemente son enfermedades concomitantes, como se describe previamente. (44)

2.2.3.6. TRASTORNOS PSICÓTICOS

La suspicacia, las ideas delirantes persecutorias y las ideas delirantes paranoides son habituales entre los ancianos con deterioro cognitivo o problemas emocionales. El 2-5% de los ancianos que viven en la comunidad muestran suspicacia excesiva e ideas delirantes persecutorias. Hasta el 4-5% tienen ideas delirantes y alucinaciones, síntomas que suelen ser incapacitantes. (45)

Sin embargo, la prevalencia de la esquizofrenia, definida por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), no llega al 1% de los ancianos. La verdadera esquizofrenia comienza en la adolescencia o al principio de la edad adulta, y puede persistir posteriormente. La esquizofrenia de comienzo tardío se denomina parafrenia. (45)

Los investigadores y los médicos coinciden por lo general en seis trastornos clínicos relativamente claros: la suspicacia anormal; las reacciones paranoides de transición; la parafrenia de los ancianos (enfermedad paranoide grave sin deterioro de otros procesos cognitivos o afectivos) o paranoia asociada con la esquizofrenia de comienzo tardío; la persistencia de la esquizofrenia de comienzo temprano; las reacciones paranoides agudas secundarias a enfermedad afectiva, y las psicosis pasajeras debidas a trastornos neurológicos, toxicometabólicos o sistémicos. (45)

Síntomas, signos y diagnóstico Suspicion anormal: La mayoría de los ancianos que muestran suspicacia anormal no tienen contacto con los profesionales de la salud mental. Sin embargo, suelen presentar trastornos médicos y los atiende un médico de atención primaria o un geriatra. Estos

pacientes pueden tener síntomas vagos de que existen fuerzas externas que controlan su vida. (45)

En ocasiones, estas creencias se vuelven focales, dirigidas a menudo a sus hijos (p. ej., creen que sus hijos los han abandonado o han conspirado para hacerse con el control de su dinero o propiedades). La percepción de una pérdida de control, asociada con la incapacidad para evaluar el medio social, favorece el desarrollo de la suspicacia anormal. (45)

Los médicos pueden encontrar también suspicacia asociada con la demencia y el déficit de atención. Los pacientes institucionalizados con demencia recelan a menudo de la familia y de los miembros del personal; sin embargo, la psicosis debida a la demencia es poco frecuente. Sus acusaciones suelen ser inconexas, desenfocadas y no se acompañan de un malestar emocional sostenido. (45)

Las quejas habituales se refieren a objetos robados, cambio de medicinas y mal comportamiento de los auxiliares. Los síntomas se derivan de la incapacidad del paciente para organizar los estímulos ambientales y comprender las actividades, a menudo desconcertantes, de la institución. Se desconoce si una personalidad paranoide subyacente contribuye al comportamiento paranoide excesivo de las personas demenciadas. (45)

Sin embargo, los médicos deben recordar que los ancianos, en especial los demenciados, a veces no reciben buen trato en las instituciones asistenciales a largo plazo y en los hospitales, y que la suspicacia puede estar basada en los hechos. (45)

Reacciones paranoides de transición: Estas reacciones suelen producirse en mujeres que viven solas; creen que alguien está conspirando contra ellas. El aislamiento social y las dificultades perceptivas contribuyen a estas reacciones. El foco de las alucinaciones y del pensamiento delirante pasa por lo general de un modo gradual del exterior del domicilio al interior (p. ej., quejas de ruidos en el sótano o en el ático e informes de malos tratos físicos o acoso sexual). Por tanto, es posible observar una transición desde las amenazas externas a las violaciones de la propiedad y de la persona. (45).

Parafrenia: La parafrenia no es aceptada universalmente como un síndrome independiente. Los profesionales que diferencian el síndrome ponen de relieve que es primario, más bien que secundario a una enfermedad afectiva o a un trastorno mental orgánico. Además, las importantes perturbaciones del afectado, la volición y la función que caracterizan a la esquizofrenia no son prominentes. (45)

Sin embargo, casi siempre se producen ideas delirantes paranoides y alucinaciones. La parafrenia puede ser crónica, pero el deterioro hasta el punto que se observa en la esquizofrenia o en la enfermedad de Alzheimer no es característico. No sólo se difuminan los límites entre la parafrenia y la esquizofrenia paranoide clásica, sino también entre el estado paranoide de transición y la parafrenia. (45)

Los pacientes con parafrenia suelen comunicar conspiraciones contra ellos, centrándose en los miembros de la familia. Por contraste con la suspicacia leve, estas tramas son persistentes, extremas y elaboradas. Por lo general, no existe deterioro cognitivo. Aunque el paciente es físicamente independiente (es decir, la dieta y la higiene rara vez están comprometidas), el funcionamiento social y la cooperación con los miembros del personal están muy deteriorados. Estas personas rara vez hablan mucho tiempo sin referirse a los temas que les interesan. (45)

Los pacientes con parafrenia suelen ser mujeres que viven solas y hay datos que sugieren interacciones sociales difíciles en momentos anteriores de su vida. Por contraste con la esquizofrenia, estos pacientes son amistosos y confiados, sobre todo cuando son entrevistados en sus domicilios y no tienen la amenaza de un diagnóstico de trastorno mental. Los pacientes con parafrenia tienden a tener deficiencia auditiva, pero la relación entre esta última y la parafrenia no es ni con mucho tan fuerte como algunas autoridades pretenden. (45)

Esquizofrenia de inicio precoz: Los síntomas incluyen dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente la mayor parte del tiempo durante al menos 1 mes: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos (p. ej., aplanamiento afectivo).

En conjunto, los síntomas deben estar presentes durante al menos 6 meses y han de interferir significativamente en el funcionamiento social y ocupacional. (45)

Es característico que los síntomas se hagan menos agudos, pero el funcionamiento social continúe deteriorándose de forma gradual con el tiempo. Un episodio de depresión o manía aguda puede acompañarse de pensamiento paranoide. Por lo general, tratar el trastorno del estado de ánimo elimina el pensamiento paranoide en estos pacientes, excluyendo por tanto el diagnóstico de esquizofrenia. (45)

Es probable que los ancianos tratados por esquizofrenia durante años presenten efectos adversos derivados de los antipsicóticos (p. ej., discinesia tardía). (45)

Trastornos psicóticos debidos a trastornos neurológicos, toxicometabólicos o sistémicos: Estos trastornos incluyen la suspicacia y la agitación debidas a intoxicación farmacológica, enfermedad física y psicosis postoperatoria (p. ej., las psicosis que se producen en las unidades de cuidados intensivos). Las alucinaciones visuales se presentan más a menudo (p. ej., en el delirio), sin embargo la psicosis puede ser organizada y elaborada (a diferencia del delirio). (45)

Estos trastornos suelen ser pasajeros y se resuelven al tratar la causa subyacente o de forma espontánea. No obstante, en pleno trastorno se requiere tratamiento agudo. Tratamiento Medidas no farmacológicas: Los profesionales de asistencia sanitaria (médicos, personal de enfermería psiquiátrica y trabajadores sociales de salud mental) que atienden al anciano con un trastorno psicótico deben establecer una relación de confianza y apoyo. (45)

Las muestras de respeto, la disposición a escuchar quejas y temores, y la disponibilidad por teléfono son esenciales. La mayoría de los ancianos no abusan de los privilegios telefónicos y esperan por lo general a que el médico les devuelva la llamada. (45)

Los profesionales de asistencia sanitaria no deben encarar al paciente, al menos en un principio, con la falta de razón o con los falsos supuestos inherentes

a la ideación paranoide. Esta confrontación no es útil y puede perturbar la relación terapéutica. Sin embargo, tampoco se les debe engañar pretendiendo estar de acuerdo con sus creencias paranoides. Es preferible expresar interés en que se desea comprender lo que perturba al paciente y en trabajar juntos, a pesar del desacuerdo sobre el origen del problema. Un objetivo deseable es desarrollar un nivel de confianza que permita analizar las creencias del paciente. (45)

El profesional de asistencia sanitaria también debe establecer relación con las personas clave en el ambiente social del paciente. Los familiares suelen ser los primeros en advertir un deterioro en la situación del paciente, y por tanto los primeros en contactar con el médico cuando surge un problema. Los funcionarios de policía, los vecinos y los farmacéuticos también pueden ser valiosos aliados. (45)

Al comprender la situación del paciente y reconocer el deterioro en su estado, estas personas pueden contactar con el médico o con los miembros de la familia cuando sea apropiado y evitar reacciones desmesuradas. Sin embargo, los profesionales de atención sanitaria han de mantener los estándares de privilegio y confidencialidad al hablar con los familiares, los vecinos y los amigos. (45)

2.2.3.7. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

Consumo abusivo de alcohol hasta el punto de causar daño físico o psicosocial. La dependencia fisiológica implica tolerancia (es decir, se precisan cantidades cada vez mayores para alcanzar el mismo efecto) y síntomas de supresión cuando cesa el consumo. (46)

El 2-10% de los ancianos que viven en la comunidad cumplen los criterios de abuso o dependencia de alcohol. Además, la conducta de beber que no alcanza un diagnóstico formal de alcoholismo produce una morbilidad considerable entre los ancianos. Epidemiología Alrededor del 50% de las personas de 65 años o mayores dicen consumir alcohol al menos ocasionalmente; sin embargo, es menos probable que beban alcohol o sean alcohólicos los mayores de 75 años que los adultos jóvenes. (46)

Existe una considerable variación geográfica en el consumo de alcohol entre los ancianos. Por ejemplo, en el este de Boston, el 70% de los ancianos

estudiados afirmó haber bebido alcohol en el último año; el 8,4% comunicó consumir dos o más bebidas por día. Por contraste, en el área rural de Iowa, sólo el 46% de los consultados afirmaron haber bebido alcohol en el último año, y el 5,4% comunicaron consumir dos o más bebidas al día. (46)

La prevalencia del alcoholismo es mayor entre los ancianos residentes en centros asistenciales que entre la población anciana general: el 4-10% de los pacientes vistos por los médicos de atención primaria (otro 10-15% de ellos beben mucho, pero no son considerados alcohólicos); el 14% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias; el 10-21% de los hospitalizados, y el 3-49% entre los alojados en residencias. La tasa de hospitalizaciones relacionadas con el alcohol entre los ancianos es elevada, ligeramente superior a la del infarto de miocardio. (46)

Las poblaciones con una gran proporción de personas con enfermedad o discapacidad crónica suelen presentar menores tasas de consumo de alcohol, aunque en estas poblaciones existen personas cuya enfermedad o discapacidad les ha llevado a ingerir grandes cantidades de esta sustancia. La interacción social también puede afectar al consumo de alcohol; los jubilados que residen en la comunidad y llevan una vida social más activa tienen mayores posibilidades de beber mucho que los que alternan menos. (46)

El problema de la bebida tiene un comienzo relativamente reciente hasta en un tercio de los alcohólicos ancianos en programas de tratamiento. Estos alcohólicos de comienzo tardío a menudo tienen más intactos sus recursos sociales que sus compañeros a largo plazo y pueden haber comenzado a beber a causa de las pérdidas o por los problemas relacionados con la edad. (46)

La prevalencia de un excesivo consumo de alcohol y de alcoholismo se reduce después de los 65 años debido a varias razones:

- La población anciana actual tiene menos hábitos de bebida que sus predecesores.
- La proporción femenina/masculina de la población aumenta con la edad, y es menos probable que las mujeres consuman alcohol.

- El declive de la salud o las deficiencias funcionales que acompañan al envejecimiento suelen conllevar una disminución de la ingesta de alcohol.
- Las enfermedades y lesiones relacionadas con el alcohol impiden a muchos alcohólicos alcanzar la vejez. Fisiología Los ancianos presentan mayores niveles de alcohol en sangre por cantidad consumida debido a los cambios relacionados con la edad, que alteran la absorción y la distribución de esta sustancia, el más importante de los cuales es el aumento de la grasa corporal y la disminución de la masa corporal magra y del agua total del cuerpo. Puede haber una disminución relacionada con la edad de la actividad de la alcohol-deshidrogenasa gástrica. No está claro si tal disminución se produce en las mujeres, pero ellas tienen un menor nivel de actividad de la alcohol-deshidrogenasa gástrica que los hombres. (46)

La alcohol-deshidrogenasa metaboliza en el hígado la mayor parte del alcohol. La capacidad del hígado para metabolizar el alcohol se reduce con la edad, pero este cambio no es importante clínicamente. Aunque la función renal también suele disminuir con la edad, menos del 5% del etanol se excreta por el riñón. La susceptibilidad a los efectos psicomotores del alcohol puede aumentar con la edad. (46)

Fisiopatología: Aunque la bebida de ligera a moderada se asocia con una salud mejor (en especial, con menor enfermedad cardiovascular), el consumo de más de dos bebidas por día aumenta el riesgo de efectos adversos, incluidos la hipertensión, el cáncer (sobre todo de la cabeza, cuello y esófago) y la cirrosis. En los ancianos, que tienen mayores niveles de alcohol en sangre por cantidad consumida, el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism recomienda un límite de una bebida por día. (46)

Por lo general, el alcoholismo se acompaña de deficiencias nutricionales, en particular de deficiencias de tiamina, folato, piridoxina, niacina y vitamina A. La deficiencia de tiamina puede dar lugar a la aparición de encefalopatía de Wernicke y síndrome de Korsakoff. Otras deficiencias, como la hipomagnesemia, la hipocalcemia y la hipopotasemia pueden ser importantes en la intoxicación aguda o en la supresión. (46)

Los ancianos muy bebedores son particularmente susceptibles a las

disminuciones en el funcionamiento cognitivo y físico, aunque se desconoce la cantidad de alcohol requerido para producirlas. El patrón del consumo alcohólico también es importante a la hora de determinar el riesgo de enfermedad o lesión; por ejemplo, el número de bebidas consumido cada vez es un factor de riesgo importante para la muerte por lesiones, mientras que la frecuencia de tales bebidas no lo es. (46)

En los ancianos, muchos fármacos de uso común interactúan adversamente con el alcohol. La cimetidina, la ranitidina y la nizatidina inhiben la alcohol-deshidrogenasa gástrica, aumentando los niveles de alcohol en sangre en un 30-40%. Los mayores niveles de alcohol pueden causar somnolencia, desequilibrio y delirio. El alcohol tomado con fármacos que suprimen la función del sistema nervioso central (p. ej., las benzodiacepinas) puede perjudicar el equilibrio y predisponer a las caídas, causar somnolencia y ralentizar el tiempo de reacción, lo que puede contribuir a los accidentes de automóvil. (46)

Los antiinflamatorios no esteroideos, cuando se toman con alcohol, prolongan el tiempo de hemorragia y aumentan la inflamación gástrica. Determinar la dosis correcta de warfarina puede resultar difícil cuando un paciente consume alcohol, a causa de las tasas variables de metabolismo en el hígado. El paracetamol combinado con alcohol puede dar lugar a insuficiencia hepática; dado que la cantidad requerida para causar daño es muy individual, se aconseja a las personas que toman paracetamol diariamente que se abstengan de consumir alcohol. (46)

Síntomas y signos: Algunos síntomas importantes del alcoholismo pueden manifestarse en los ancianos de una forma atípica, convirtiendo el diagnóstico en un desafío. Los bebedores ancianos tienen menos posibilidades de consumir cantidades muy grandes, ya que se necesitan menos bebidas para aumentar sus niveles de alcohol en sangre. Además, la pérdida del control sobre la bebida puede ser más sutil. (46)

El declive social puede presentarse de manera diferente en los ancianos. Dado que es menos probable que éstos trabajen o conduzcan, tienen menor posibilidad de ser reconocidos como alcohólicos por sus jefes o por la policía. Por tanto, el

declive social se puede manifestar en forma de descuido personal, desnutrición, falta de salud o abandono de actividades. (46)

2.2.3.7. ABUSO Y DEPENDENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS

El consumo de drogas ilegales es poco común entre los ancianos, aunque esto puede cambiar a medida que la generación de la explosión demográfica envejezca. Por otra parte, los efectos adversos de los fármacos que se venden con receta y sin ella son bastante frecuentes. Los alcohólicos corren un riesgo especial de un consumo inadecuado de fármacos psicoactivos. Las benzodiacepinas y los opiáceos son las categorías de fármacos con mayor posibilidad de causar problemas a los ancianos. (47)

Hasta el 20% de los ancianos consumen benzodiacepinas. Mientras que el consumo y el abuso del alcohol son más frecuentes entre los hombres, el de benzodiacepinas lo es más entre las mujeres. Los estudios indican que la mayoría de las personas a quienes se prescriben estos fármacos suelen tomarlos siguiendo la prescripción facultativa o en una cantidad menor. (47)

Aunque estos fármacos se tomen según la prescripción, pueden aparecer tolerancia, dependencia, efectos adversos y toxicidad. Se ha demostrado que las benzodiacepinas de acción prolongada aumentan de forma significativa el riesgo de caídas y fracturas de cadera. Dado que las semividas de algunos de estos productos son muy prolongadas en los ancianos, el fármaco se va acumulando en el cuerpo y produce un estado tóxico. Los elevados niveles de benzodiacepinas en sangre causan por lo general determinados síntomas, como mala articulación del habla, ataxia y delirio. (47)

Existen pocos estudios sobre el abuso y dependencia de los opiáceos entre los ancianos. El consumo inadecuado intencional de opiáceos puede ser infrecuente, pero los efectos adversos de las dosis prescritas, como el estreñimiento, la retención de orina, el delirio y las caídas, suelen causar problemas. (48)

La dependencia del tabaco entre los ancianos es el único trastorno relacionado con sustancias más habitual que el alcoholismo. Las enfermedades relacionadas

con el tabaco causan un enorme sufrimiento y se han documentado los beneficios de dejar de fumar. El consejo del médico es muy eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar y debería darse siempre que se presente la ocasión.
(48)



3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. En el ámbito local:

3.1.1. Autor: ANGELA CLAUDIA QUEQUEZANA CARDENAS.

Título: Valoración geriátrica integral en el club del adulto mayor del hospital de Aplao – Arequipa 2010.

Fuente: Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María. 2010.

Resumen: El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el club del adulto mayor del hospital de Aplao, Provincia de Castilla, ciudad de Arequipa en el año 2010.

El objetivo general del presente estudio fue determinar la Valoración Geriátrica Integral del Club del Adulto Mayor en el Hospital de Aplao. Los objetivos específicos fueron identificar las situaciones funcionales, cognitivas, afectivas y sociales; su relación con las características sociodemográficas; determinar su índice de masa corporal y los síndromes geriátricos más frecuentes en el valle de Majes – Aplao.

La hipótesis propuesta fue: Dado que se utiliza la Valoración Geriátrica Integral como mejor indicador de salud del adulto mayor; es probable que esta no guarde relación con las características sociodemográficas en general. Se aplicaron índices de valoración estandarizadas. Para poder determinar el grado de dependencia se aplicó el Índice de Barthel. El cuestionario de Pfeiffer para deterioro cognitivo; la escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage para averiguar el estado afectivo y para la valoración socio – familiar se usó la Escala de Gijón. Además se calculó el Índice de Masa Corporal, divulgado por el USA – WEEKEND y así poder también averiguar el riesgo de salud.

Se realizaron entrevistas personales y visitas domiciliarias a 152 adultos mayores que asisten regularmente a las sesiones del Club del Adulto Mayor

en el Hospital de Aplao, con una duración aproximada de 35 minutos por paciente.

Para la evaluación socio - económica, se constataron datos de la ficha de evaluación socio - económica (FESE) del Sistema integral de Salud (SIS) del Ministerio de Salud - Castilla – Condesuyos y la Unión.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes adultos mayores que fueron entrevistados y valorados para verificar datos de filiación, reconocer los síndromes geriátricos más frecuentes ya diagnosticados, co-morbilidades posibles y verificar medicación actual.

Respecto a la Valoración Geriátrica Integral, se obtuvo que el 100% de ellos son independientes según Barthel. El 67% se encuentran en riesgo social, 19% son problema social de acuerdo a la escala de Gijón, siendo la mayoría de situación económica pobre. Además el 25% presentan un cuadro de depresión establecida y que ésta no tiene relación con el género, estado civil o la convivencia solitaria.

El 25% de los adultos mayores valorados presentan deterioro cognitivo leve.

En tanto, de la evaluación nutricional, el 31% de los adultos mayores se encuentran con alto riesgo para la salud por tener un IMC mayor a 30 y ser considerados obesos; el 17% de este son mujeres menores de 65 años que asisten regularmente a este club.

Los síndromes geriátricos más frecuentes que sufren son la deprivación sensorial (vista y audición), caídas, insomnio e incontinencia urinaria. La polifarmacia se vio en el 17% de ellos.

En cuanto a las co-morbilidades más frecuentes, se ha comprobado que la Hipertensión Arterial, considerada en el área cardiovascular; es la más común en un 42%, seguido de 28% de afecciones osteoarticulares, un 11% en aparato respiratorio, donde lo que más se ha observado son las Bronquitis crónicas y en el aparato digestivo, las gastritis crónicas.

Se concluye que las características sociodemográficas tienen relación con la Valoración Geriátrica Integral.

Finalmente, que el 64% de los adultos mayores que asisten a este club, son mujeres; habiendo poca voluntad por el sexo masculino a acudir a estas reuniones por motivos culturales muy arraigados en esta provincia de Aplao.

3.2. En el ámbito nacional:

3.2.1. Autor: Luis Varela (Médico Internista Geriatra, director del instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia).

Título: Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional

Fuente: Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17(2) 2009

Resumen: Determinar la frecuencia y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. En base a la información del estudio «Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional (Perú)», se incluyeron a 312 pacientes de 60 años o más. Se evaluó la frecuencia y severidad del deterioro cognitivo; y se comparó estos resultados con los principales síndromes y problemas geriátricos.

La frecuencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor hospitalizada es elevada.

Se encontró que el deterioro cognitivo estuvo asociado a múltiples y diversos problemas y síndromes geriátricos.

3.3. En el ámbito internacional:

3.3.1. Autor: Víctor T. Pérez Martínez.

Título: Comportamiento de la salud cognitiva en ancianos del Policlínico Docente Ana Betancourt.

Fuente: Rev Cubana Med Gen Integr v.23 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2007.

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo con pacientes atendidos en la consulta de evaluación del Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica del Policlínico “Ana Betancourt”, durante el primer semestre del presente año, cuya cifra ascendió a un total de 201 senescentes. La muestra finalmente quedó conformada por 150 adultos mayores, a los que se les sometió a un estudio de su capacidad cognitiva, aplicándoseles instrumentos validados para este propósito (*test*de Folstein o MMSE, y *Scale Rating Dementia* o CDR).

Según los resultados de estas pruebas cognitivas aplicadas se procedió a agrupar a los ancianos en 3 grupos, clasificándolos en: a) ancianos sin trastorno cognitivo, b) con trastorno cognitivo leve, y c) con síndrome demencial. El 69 % de los ancianos (n=104) no presentó trastornos de la esfera cognitiva, el 16 % (n=24) exhibió trastornos cognitivos mínimos o ligeros, y el 15 % (n=22) sufre síndrome demencial. La salud cognitiva predominó en el grupo de ancianos con edades entre 70 y 79 años en un 39 %. El 88 % de estos senescentes pertenece a la raza blanca, el 45 % mantiene vínculo conyugal, y la inmensa mayoría es desocupada. El 66 % consume café, el 44 % tabaco, mientras que solo el 4 % alcohol de forma repetida y en exceso. La hipertensión arterial afecta al 57 % de los adultos mayores con salud cognitiva.

3.3.2. Autor: Castro-Camacho L., Escobar J., Sáenz-Moncaleano C., Delgado Barrera L., Aparicio-Turbay S., Molano J., Noguera E.

Título: Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención

Fuente: Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 41 / No. 1 / 2012

Resumen: Pocas personas tienen acceso a tratamientos de trastornos mentales, en parte porque no son adecuadamente detectados. Como es más frecuente consultar servicios de salud por condiciones médicas, la atención primaria en salud constituye una puerta de entrada útil de detección de problemas de salud mental. *Objetivo:* Detectar la frecuencia de problemas de salud mental en cuatro servicios de la Fundación Santa Fe de Bogotá: consulta externa, hospitalización, urgencias y atención primaria, mediante un cuestionario breve, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), así como los índices de comorbilidad. *Método:* Estudio de corte transversal de pacientes que asistieron a los cuatro servicios, a quienes se les aplicó un Cuestionario de Datos Demográficos y el PHQ. *Resultados:* De los pacientes que asistieron a los servicios entre septiembre del 2010 y mayo del 2011, un total de 1094 seleccionados aleatoriamente participaron en el estudio. Los problemas de salud mental más frecuentes fueron trastorno depresivo mayor (7,3%), abuso de alcohol (14,4%) y algún trastorno de ansiedad (7,7%) y se observaron con una mayor frecuencia en urgencias. *Conclusiones:* Se reafirma la utilidad de un cuestionario breve (PHQ) para detectar problemas de salud mental en el medio hospitalario y se analiza la necesidad de diseñar programas de atención en salud mental en el hospital general. Se recomienda repetir este estudio en otros centros y realizar más investigación.

Palabras clave: Atención primaria, salud mental, detección.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

1. Determinar los factores asociados el estado de la salud mental en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014.

4.2. Objetivos específicos:

1. Determinar cuáles son las características sociodemográficas, en pacientes geriátricos que acuden a los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa 2014.
2. Determinar cuál es la población predominante en los servicios de medicina y cirugía, según los factores de dependencia de la población.
3. Determinar cuál es el servicio que brinda mejor acceso a problemas de salud mental.
4. Determinar cuál es la relación entre factores asociados y síntomas de salud mental.

5. HIPOTESIS

Dado que existe un enorme impacto de los problemas de salud mental en la calidad de vida y en la salud del paciente geriátrico.

Es probable que los pacientes adultos mayores que acuden a los consultorios externos, tengan diversos factores que puedan estar asociados o no a la presentación de síntomas somáticos, síntomas depresivos, síntomas de presencia de ataques de pánico, síntomas de ansiedad general, síntomas asociados con abuso de alcohol, que alteran en diferente grado la salud mental del paciente geriátrico.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

La técnica: mediante la recopilación y recolección de la información, observación directa del instrumento y en las historias clínicas

El instrumento: Ficha de recolección de datos (Anexo 1), PHQ (Patient Health Questionnaire)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial:

La información para la elaboración del presente estudio se realizara en los servicios de medicina, cirugía, del Hospital Goyeneche

2.2 Ubicación temporal:

El presente trabajo se llevara a cabo durante el mes de noviembre y diciembre del 2014.

2.3 Unidades de estudio:

Pacientes de 60 a más años.

2.4 Universo o población:

Pacientes geriátricos que acuden a los servicios de medicina y cirugía del Hospital Goyeneche Arequipa.

2.5 Muestra: Se tomara por conveniencia una muestra de pacientes por dos meses la cual será de 90 en total.

2.6 Criterios de inclusión:

- Pacientes de 60 a más años de ambos sexos
- Historias clínicas completa
- Firma de consentimiento informado
- Deseo de intervenir en el estudio

2.7 Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas
- No firma del consentimiento informado
- Pacientes con alteraciones o en tratamiento psiquiátrico

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

- ◆ Autorización del Director del Hospital y los respectivos jefes de cada servicio.
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.

3.2. Recursos:

- ◆ De personal: El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.
- ◆ Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- ◆ Historias clínicas: proporcionadas por personal que labora en cada servicio.
- ◆ Económicos: aportados íntegramente por el autor

3.3. Validación de instrumentos

En 1994, Spitzer y sus colaboradores desarrollaron una entrevista estructurada para detectar problemas psiquiátricos en atención primaria (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders [PRIME-MD]*), con el fin de disminuir el tiempo de administración, con base en el PRIME-MD, Spitzer y sus colaboradores desarrollaron una medida de autoinforme el Cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire [PHQ]*), la utilización de la versión en español del PHQ (Patient Health Questionnaire) tiene diversas ventajas. Fue desarrollada fundamentalmente para su uso en atención primaria en salud (APS) donde se requiere efectuar diagnósticos rápidos sin perder la efectividad. El estudio inicial de validación del PHQ se realizó con una muestra de 3000 participantes y demostró adecuados índices de sensibilidad (75 %) y de especificidad (90 %). Posteriormente, se realizó un estudio con el objeto de evaluar la validez del PHQ

en español, con 1003 pacientes hospitalizados en España seleccionados al azar durante un periodo de dieciocho meses. De forma similar a la investigación con el instrumento original, la versión española mostró adecuada sensibilidad (87 %) y especificidad (88 %). (32)

La validación de la versión peruana del phq-9 para el diagnóstico de depresión se realizó en el año 2012, esta validación se realizó en una reunión técnica con la presencia de especialistas en salud mental, incluyendo 23 psiquiatras, 3 psicólogos y una enfermera; la conclusión fue que el PHQ-9 es un instrumento válido para diagnosticar depresión, a juicio de los expertos, para ser aplicado en el Perú.

3.4. Criterios o estrategias para manejar resultados:

f) Plan de Procesamiento:

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

g) Plan de Clasificación:

Se empleara una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2013).

h) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de los datos.

i) Plan de Recuento:

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

j) Plan de Análisis:

Se empleara estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentaran como proporciones. Para el análisis de datos se empleara la hoja de cálculo de Excel 2013 con su complemento analítico y el método estadístico SPSS 19.0.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

CUADRO N° 2

	Octubre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014
Búsqueda de bibliografía	X		
Plan de tesis	X		
Aprobación del Plan de tesis		X	
Ejecución del Informe final			X

BIBLIOGRAFIA

1. Tratado de Geriátría Para Residentes SEGG Príncipe de Vergara, 57-59, 1.º B28006 Madrid International Marketing & Communication, S.A. (IM&C) 2006
2. Campbell AJ, Buchner DM. Unstable and the fluctuations of frailty. Age Ageing 1997; 26: 315-8.
3. Macías Núñez JF, Guillén Llera F, Ribera Casado JM. Geriátría desde el principio. Barcelona: Glosa; 2001.
4. Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez I. Manual de Geriátría. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
5. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Geriátría XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores en España. Madrid: Editores Médicos; 2000.
6. MANUAL MERCK DE GERIATRIA: MARK H. BEERS, M.D. Director Principal de geriatría, Merck & Co., Inc., y Profesor clínico asociado de medicina, MCP Hahnemann School of Medicine. 2008.
7. ROBERT M. BOGIN, M.D. Merck & Co., Inc., Profesor clínico asociado, MCP Hahnemann School of Medicine. 2007.
8. ANDREW J. FLETCHER, M.B., B.Chir. Merck & Co., Inc., Profesor adjunto de atención sanitaria farmacéutica, Temple University School of Pharmacy. 2008.
9. MIRZA I. RAHMAN, M.D., M.P.H. Merck & Co., Inc., Profesor adjunto de farmaco epidemiología, Temple University School of Pharmacy. 2006.
10. Guillén F, Pérez J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 1994.
11. Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 4.ª ed. New York: McGraw-Hill; 1997.
12. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>.
13. INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
14. Kane R, Ouslander J, Abrass I. Geriátría Clínica. 3.ª ed. New York: McGraw Hill; 2000.
15. Nutrición y envejecimiento. Sociedad Catalano-Balear de Geriátría y Gerontología. Barcelona: Glosa; 1999.

16. Vlassof C, Garcia-Moreno C. Placing gender at the centre of health planning: challenges and limitations. *Social Science & Medicine*, 2002, 54:1713–1723.
17. Burge SK. Gender and Power in Family Medicine. *Fam Medicine* 2000, 32: 625-7.
18. Rubenstein LZ. Geriatric assesment. *ClinGeriatrMed*1987; 3: 1-15.
19. Kane RA, Bayer AJ. Assessment of functional status. In: Pathy MSJ, editor. *Principles and practice of geriatric medicine*. 2nd ed. Chichester: John Wiley&Sons; 1991.p. 265-71.
20. Tratado de Geriatria para Residentes: Stuck AE, Siu AL, Wieland D, Adams, Rubinstein LZ. *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controles trials*. *Lancet* 1993; 342: 1032-6.
21. Ariño S, Benavent R. La valoración geriátrica integral, una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento. *JANO* 2002; 62 (1435): 41-3.
22. González Montalvo JI. Principios básicos de la valoración geriátrica integral. En: *Valoración Geriátrica Integral*. Barcelona: Glosa Ediciones; 2001. p. 15-27.
23. Perlado F. Valoración geriátrica. *RevEspGeriatrGerontol*2001; 36 (Supl. 5): 25-31.
24. García Fernández JL. Historia clínica en el anciano. En: Salgado A, Guillén F, editores. *Manual de geriatría*.2.ªed, cap 13. Barcelona: Masson; 1994.
25. Suzanne D, Fields N. Consideraciones sobre la exploración física en el paciente geriátrico. *Modern Geriatrics* (ed. española) 1992; 2: 45-9.
26. Del Ser Quijano T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prous editores; 1994.
27. Gómez Pavón J. ¿Es ético limitar el acceso de determinados tratamientos por motivos de edad? *JANO* 2003; 64 (1474): 31-4.
28. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivanik RJ, Tangelos E, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clínical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56 (3): 303-8.
29. Winblad B, Palmer K, Kivipeto M, Jelic V, FratiglioniL, Wahlund LO, et al. Mildcognitiveimpairment-beyondcontroversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med* 2004; 256: 240-6.
30. Busse A, Bischkopf J, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC. Mild cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria. Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged. *Br J Psychiatry*2003; 182: 449-54.

31. Ritchie K, Kildea D, Robine JM. The relationship between age and the prevalence of senile dementia: a metaanalysis of recent data. *Int J Epidemiol* 1992; 21: 763-9.
32. Ritchie K, Kildea A. Is senile dementia age-related or ageing-related? Evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest-old. *Lancet* 1995; 346: 931-4.
33. Rocca WA, Hofman A, Brayne C, Breteler MMB, Clarke M, Coope B, Copeland JR, Dartigues JF. Frequency and distribution of Alzheimer's diseases in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. *Ann Neurol* 1991; 30: 381-90.
34. Corrada M, Brookmeyer R, Kawas C. Sources of variability in prevalence rates of Alzheimer's disease. *Int J Epidemiol* 1995; 24: 1000-5.
35. Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a metaanalysis. *Neurology* 1998; 51: 728-33.
36. Gao S, Hendrie HC, Hall KS, Hui S. The relationship between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 809-15.
37. Lipowski ZJ. *Delirium acute status*. New York: Oxford University Press; 1990.
38. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1990; 113: 941-8.
39. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: A symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med* 1999; 106: 565-73.
40. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58 (3):249-65.
41. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. *J Psychiatr Res* 1982; 17 (1): 37-49.
42. Salzman C, Wong E, Wright BC. Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a literature review. *Biol Psychiatry* 2002; 52 (3): 265-84.
43. Beekman AT, De Beurs e, Van Balkom AJ. Anxiety and depression in the later life co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (1) 89-95.
44. Richard W. Besdine, M.D. Profesor de medicina y director, University of Connecticut Center on Aging. 2008.

45. Robert N. Butler, M.D. Profesor de geriatría y desarrollo de los adultos, Mount Sinai School of Medicine; Presidente, Oficial ejecutivo jefe, International Longevity Center. 2006.
46. Christine K. Cassel, M.D. Presidenta y Profesora, Henry L. Schwartz Department of Geriatrics and Adult Development, Mount Sinai School of Medicine. 2008.
47. John E. Morley, M.B., B.Ch. Dammert Professor of Gerontology, Division of Geriatric Medicine, Saint Louis University Health Sciences Center; Geriatric Research, Education and Clinical Center, Saint Louis VA Medical Center. 2007.
48. Mirza I. Rahman, M.D., M.P.H. Merck & Co., Inc., Profesor adjunto de farmaco epidemiología, Temple University School of Pharmacy. 2006



ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIO DE DATOS

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

1. Edad.....
2. Sexo.....
3. Grado de instrucción.....
4. Procedencia.....
3. Estado civil.....

FACTORES ASOCIADOS

1. Estado de dependencia:
 - Trabaja.....
 - Recibe pensión mínima.....
 - Recibe ayuda.....
 - No trabaja.....
2. Acceso a servicios:
 - Nunca.....
 - A veces.....
 - Frecuente.....

OTRAS VARIABLES

Lugar de atención: medicina.....cirugía.....

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

(PHQ)

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es importante para poder ofrecerle la mejor asistencia sanitaria posible. Sus respuestas nos ayudarán a entender los problemas que pueda tener. Por favor, conteste a cada pregunta lo mejor que pueda, a menos que le pidan que se salte alguna pregunta.

Nombre _____ Edad _____ Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Fecha de hoy _____

1. Durante las <u>últimas 4 semanas</u> ¿hasta qué punto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	No me ha molestado	Me ha molestado	Me ha molestado
a. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Dolor en brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruación (regla) dolorosa u otros problemas con su período (sólo para mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sensación de que el corazón late deprisa o con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, deposiciones sueltas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de	Casi cada día
a. Poco interés o alegría por hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poco apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR OFFICE CODING: Som Dis if at least 3 of #1a-m are "a lot" and lack an adequate biol explanation.

Maj Dep Syn if answers to #2a or b and five or more of #2a-i are at least "More than half the days" (count #2i if present at all).

3. Preguntas sobre la ansiedad.

- a. En las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún ataque de ansiedad — sensación repentina de miedo o pánico?

NO

SÍ

Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 5.

- b. ¿Alguna vez le había pasado antes?

☐
☐

- c. ¿Algunos de estos ataques aparecen de repente cuando menos se lo espera, es decir, en situaciones en que aparentemente no está nervioso/a ni incómodo/a?

☐
☐

- d. ¿Estos ataques le molestan mucho o le preocupa tener otro ataque?

☐
☐

4. Piense en su último ataque de ansiedad serio cuando conteste a las siguientes preguntas.

NO

SÍ

- a. ¿Se quedó sin aire?

☐
☐

- b. ¿El corazón le latió deprisa, con fuerza o le dio un vuelco?

☐
☐

- c. ¿Tuvo dolor o presión en el pecho?

☐
☐

- d. ¿Sudó?

☐
☐

- e. ¿Sintió que se estaba ahogando?

☐
☐

- f. ¿Tuvo sofocos o escalofríos?

☐
☐

- g. ¿Tuvo náuseas, problemas de estómago o la sensación de que iba a tener diarrea?

☐
☐

- h. ¿Se sintió mareado/a, inestable o a punto de desmayarse?

☐
☐

- i. ¿Sintió hormigueo o alguna parte del cuerpo dormida?

☐
☐

- j. ¿Tuvo temblores o estremecimientos?

☐
☐

- k. ¿Tuvo miedo de estar muriéndose?

☐
☐

5. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Nunca

Varios
días

Más de la
mitad de

- a. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, con los nervios de punta o preocuparse mucho por distintas cosas.

☐
☐
☐

Si ha marcado "Nunca", pase a la pregunta n.º 6.

- b. Sentirse inquieto/a de tal forma que le cuesta quedarse sentado/a.

☐
☐
☐

- c. Cansarse con mucha facilidad.

☐
☐
☐

- d. Dolor o tensión muscular.

☐
☐
☐

- e. Problemas para quedarse dormido/a o para seguir durmiendo.

☐
☐
☐

- f. Problemas para concentrarse en algo, como leer un libro o ver la televisión.

☐
☐
☐

- g. Irritarse o enfadarse fácilmente.

☐
☐
☐

FOR OFFICE CODING: Pan Syn if all of #3a-d are 'YES' and four or more of #4a-k are 'YES'. Other Anx Syn if #5a and answers to three or more of #5b-g are "More than half the days".

6. Preguntas sobre los hábitos alimentarios.

- a. ¿Siente con frecuencia que no puede controlar qué come o cuánto come?
- b. ¿Come con frecuencia, en un periodo de 2 horas, lo que la mayoría de gente consideraría una cantidad inusualmente grande de comida?

NO

SÍ

☐

☐

☐

☐

Si ha marcado "NO" en alguna de las preguntas a) o b),
pase a la pregunta n.º 9.

- c. ¿Esto ha ocurrido con una frecuencia media de dos veces por semana durante los últimos 3 meses?

☐

☐

Durante los últimos 3 meses ¿ha hecho con frecuencia alguna de las

7. siguientes cosas para evitar engordar?

NO

SÍ

- a. ¿Provocarse el vómito?
- b. ¿Tomar más del doble de la dosis recomendada de laxantes?
- c. ¿Ayunar, es decir, no comer nada durante al menos 24 horas?
- d. ¿Hacer ejercicio durante más de una hora expresamente para evitar engordar después de una comilona?

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Si ha marcado "SÍ" en alguna de estas formas de evitar engordar, ¿ha ocurrido alguna con una frecuencia media de dos veces por semana?

8.

NO

SÍ

☐

☐

9. ¿Alguna vez bebe alcohol (incluyendo cerveza o vino)?

NO

SÍ

☐

☐

Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 11.

10. ¿Le ha pasado algo de lo siguiente más de una vez en los últimos 6 meses?

NO

SÍ

- a. Ha bebido alcohol aunque el médico le había aconsejado dejar de beber a causa de un problema de salud.
- b. Ha bebido alcohol, ha ido colocado/a o ha tenido resaca mientras estaba trabajando, iba al colegio, se ocupaba de los niños o de otras responsabilidades.
- c. No ha ido o ha llegado tarde al trabajo, colegio o a otras actividades porque estaba bebiendo o tenía resaca.
- d. Ha tenido algún problema para relacionarse con los demás cuando ha estado bebiendo.
- e. Ha conducido el coche después de tomarse varias copas o después de beber demasiado.

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

11. Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna dificultad

Algunas dificultades

Muchas dificultades

Muchísimas dificultades

☐

☐

☐

☐

FOR OFFICE CODING: Bul Ner if #6a,b, and-c and #8 are all 'YES'; Bin Eat Dis the same but #8 either 'NO' or left blank.
Alc Abu if any of #10a-e is 'YES'.

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc. Se necesita autorización para su reproducción, traducción, muestra o distribución.